Rok LI. Kraków, dnia 20 stycznia 1912. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z c. k. kliniki okulistycznej Uniw. Jagiell. (Dyr. R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicz).

O t. zw. »Conjunctivitis Parinaudi«.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch

Asystent kliniki.

W lutym 1889 r. opisał Parinaud na podstawie trzech przypadków szczególną postać zapalenia spojówki: »Conjunctivite infectieuse transmise par les animaux« (Annal. d'ocul.). Według spostrzeżeń Parinauda nawiedza cierpienie to ludzi, którzy pracują koło bydła, w stajni, rzeźni i t. p. Przebieg samej choroby jest według Parinauda następujący: Po krótszym lub dłuższym okresie ogólnego niedomagania, czasem nawet połączonego z podniesieniem się ciepłoty, obrzmiewają powieki jednego oka, spojówka gałki staje się chemotyczną, a w obrębie szpary powiekowej ukazuje się wydzielina śluzowo-ropna. W różnych miejscach spojówki rozwijają się wybitne brodawkowate wykwity i ziarnistości, które znajdują się czasem tylko na spojówce górnej powieki, często jednak i na dolnej powiece, jak i w załamku. Wielkie ziarna są zrazu częściowo przeświecające, później mętne. Obok tych, dużych, znajdują się często i mniejsze, żółtawe, które Despagnet uważa za drobne ropnie. Najbardziej w oko wpadającym objawem jest twarde obrzmienie, występujące po stronie zajętego oka w okolicy przyusznej i podszczękowej, które rozciąga się częstokroć daleko na szyję, a w którem po kilku dniach można wyczuć znacznie powiększone gruczoły chłonne. Gruczoły te mogą uledz zropieniu, albo też obrzmienie ich cofa się. Cierpienie to zazwyczaj występuje jednostronnie, ustępuje po miesiącach bez śladu; powikłań ze strony rogówki nie spostrzegano.

Od czasu ogłoszenia przez Parinauda tych spostrzeżeń, w różnych okolicach spostrzegano to cierpienie (Goldzieher, Hoor, Matys, Morax i i. Z Polaków opisał Reis typowy przypadek tego cierpienia). Wszyscy autorowie uważają za Parinaudem jako najważniejsze objawy tej choroby: jednostronne wystąpienie ziarnistości na spojówce, z równoczesnem zajęciem gruczołów chłonnych przyusznych i podszczękowych po stronie chorego oka. Zaznaczyć jednak trzeba, że różni autorowie opisują różną wielkość, ilość i wejrzenie wspomnianych ziarnistości. Podobny opis znaleźć można w podręcznikach okulistyki Fuchsa, Axenfelda, Römera, Ziemińskiego i i. W wielkim podręczniku Graefego-Saemischa nie znalazłem wzmianki o tym rodzaju zapalenia spojówki.

Etyologia cierpienia dotąd nie znana. Badania bakteryologiczne, dokładnie przedsiębrane, dały dotąd niezgodne wyniki. Przeważnie znajdowano gronkowce białe, prątki zeskórnienia (bacillus xerosis), które to mikroby, jak wiadomo, spotykamy i w fizyologicznym worku spojówkowym. Kalt i Rohmer znaleźli paciorkowce, Wylie dwoinki zapalenia płuc, Scholtz prątki podobne do cholery kurzej (b. cholerae gallinarum), które nawet okazały się chorobotwórcze dla myszy i kur. Zwierzęta te ginęły na biegunkę. Nie opisuję tu wszystkich poszczególnych badań, bo odnoszą się one, jak i przypadek Scholtza, do pojedynczych przypadków, nie potwierdzonych przez dalsze spostrzeżenia i dlatego nie mogą one stanowić wyjaśnienia etyologii tej odmiany zapalenia spojówki. Sam Parinaud sądzi, że cierpienie to wywołują prawdopodobnie nieznane dotąd mikroby, które od zwierząt dostają się na spojówkę ludzką. Parinaud uważa za najniebezpieczniejsze bydło rogate, choć opisywano przypadki, w których wywiady wykazywały styczność z końmi, psami i kotami (Doyne). Jednak i to zwierzęce pochodzenie zakażenia nie jest pewne, albowiem w kilku ogłoszonych przypadkach zupełnie wywiady o czemś podobnem nie wspominają.

Badania histologiczne, dawniej przedsiębrane, nie dają należytego wyjaśnienia podłoża tego cierpienia. Znajdowano zwyrodnienie śluzowe komórek nabłonka spojówkowego, a w głębi naciek, a nawet komórki olbrzymie (Goldzieher), podnabłonkowy naciek komórek plazmatycznych, i mieszkowe nacieki (Matys), obumieranie komórek w tkance podspojówkowej i naciek, składający się z limfocytów i fagocytów (Werhoef i Derby), naciek, komórki olbrzymie i prątki podobne do prątków gruźlicy (Darier, Morax; Morax uważa przypadek ten za gruźlicę spojówki, choć przeszczepienie na zwierzę dało wynik ujemny) i t. d. Hoor widział pod drobnowidem budowę podobną do guzków gruźliczych, prątków samych nie widział, doświadczenia na zwierzęciu dały wynik ujemny. Hoor sądzi, że jakkolwiek nie można wyłączyć łączności zapalenia spojówki Parinauda z gruźlicą, to istnienie takiego związku na podstawie jego spostrzeżeń wydaje się nieprawdopodobnem. Praca Hoora stanowi niejako przejście do nowszych badań, w których zwrócono szczególną uwagę na związek obu tych schorzeń:

zapalenia spojówki Parinauda i gruźlicy. Stało się to dzięki wywodom Wesselego podczas 36. Zjazdu Towarzystwa okulistycznego w Heidelbergu (1910 r.). Wessely doniósł wówczas, że pomocnikowi rzeźnika, który cierpiał na typową klinicznie chorobę Parinauda, wyciął kawałek schorzałego gruczołu chłonnego. Cząstka przeszczepiona na małpy dała wynik dodatni, a badanie biologiczne i histologiczne tych małp stwierdziło gruźlicę typu bydlęcego. Te spostrzeżenia Wesselego potwierdzili następnie w dyskusyi Schreiber, Brückner, Wagenmann, Siegrist na podstawie własnych spostrzeżeń.

Prawie równocześnie ogłasza swe badania Verwey: Przypadek zapalenia spojówki Parinauda. Badanie histologiczne wyciętego kawałka i przeszczepienie na oko pawiana wiodą do rozpoznania podłoża gruźliczego. Verwey sądzi, że oba cierpienia są identyczne. W sierpniu 1911 ukazała się wreszcie praca Krusiusa i Clausena. Autorowie opisują dwa przypadki zapalenia spojówki Parinauda. W drugim przypadku zapalenie to rozwinęło się na spojówce dotkniętej zapaleniem pryszczykowem. W obu przypadkach odczyn Pirqueta i podskórny tuberkulinowy dały wynik dodatni, natomiast odczyn oczny był ujemny. Badania histologicznego autorowie nie przedsiębrali. Przeszczepienie na świnkę morską dowiodło, zdaniem autorów, istnienia żywych, choć nielicznych prątków gruźliczych. Krusius i Clausen sądzą, że zapalenie spojówki Parinauda jest lokalną reinfekcyą gruźliczą spojówki w ustroju już dotkniętym gruźlicą.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz już oddawna zwracał uwagę na to, że często występuje szczególna odmiana zapalenia trachomatycznego (sulziges Trachom) w postaci zbliżonej do zapalenia spojówki Parinauda, że wartoby dokładniej zająć się zbadaniem zdaje się niejednolitej etyologii tego cierpienia. Za jego to zachętą zająłem się niniejszemi badaniami.

Zanim przystąpimy do naszych wywodów, podam w krótkości opis kilku przypadków, spostrzeganych w klinice krakowskiej.

1. (715/11). K. M. wyrobnica, l. 33, skarży się na pieczenie oka prawego od 2 lat, powieki grubieją. Od roku pogorszenie Co do kiły i gruźlicy dane wywiadowe ujemne.

Badanie wykazało: Silne obrzmienie prawego gruczołu przyusznego. Wydzielina mierna śluzowo-ropna. Na spojówce powiek prawego oka, zwłaszcza w górnym załamku, wybitne granulacye, większe i mniejsze, szaro-czerwone, rogówka czysta, pod powieką na skórze policzka owrzodzenie. Lewe oko prócz lekkiego przerostu ciała brodawkowego zmian nie okazuje. Odczyn tuberkulinowy Moro dodatni, odczyn Wassermana ujemny.

Badanie bakteryologiczne wydzieliny: gronkowce białe. Badanie histologiczne: utkanie tkanki gruźliczej. Przeszczepienie na morską świnkę: co do gruźlicy wynik dodatni.

Rozpoznanie: Tuberculosis conjunctivae o. d.

2. (240/11). B. F. 14 l. córka wyrobnika. Od roku ją oko prawe boli, czerwienieje. Obecnie pogorszenie. Ze zwierzętami się nie spotyka. Wywiady pod względem gruźlicy i kiły ujemne.

Stan obecny: Gruczoł przyuszny prawy obrzmiały. Powieki prawego oka obrzękłe, spojówka dość silnie przekrwiona, ciało brodawkowe przerosłe, tkanka spojówki twarda, na dolnym i górnym załamku wyniosłości dochodzące do brzegu powiek, mają znamię granulacyi. Na obwodzie rogówki naczynia, zresztą rogówka czysta. Lewe oko wygląda prawidłowo, tylko ciało brodawkowe trochę obrzmiałe. Odczyn tuberkulinowy Moro wybitnie dodatni. Badanie bakteryologiczne wydzieliny i nabłonka spojówki: gronkowce; wtrętów ani prątków gruźliczych nie stwierdzono. Badanie histologiczne wyciętego ziarna wykazało utkanie tkanki gruźliczej, a przeszczepienie na zwierzę wynik badania potwierdziło.

Rozpoznanie: Conjunctivitis tbc. o. d.

3. (758/11). K. B. 16-letni uczeń gimnazyalny, syn wyrobnika, zgłasza się, podając, że od 5 dni lewe oko łzawi, czerwienieje, powieki zapuchły. Styczności ze zwierzętami nie miał. Co do gruźlicy wywiady dały wynik ujemny.

Badanie wykazało: Gruczoł przyuszny lewy silnie nabrzmiały. Powieki oka lewego obrzękłe. Wydzielina dość obfita śluzowo-ropna, płynna. Cała spojówka silnie rozpulchniona, pokryta granulacyami, załamek półksiężycowy silnie nabrzmiały, ziarnisty, podobnie górny załamek przejściowy. Lewe oko zmian nie okazuje. Odczyn Moro ujemny.

Badanie bakteryologiczne wydzieliny: obfite dwoinki zapalenia płuc; wtrętów, ani prątków gruźliczych nie stwierdzono.

Rozpoznano: Conjunctivitis follicularis acuta pneumococcica o. sin. Pod wpływem okładów z wody ołownej i adrenaliny cierpienie ustąpiło bez śladu w przeciągu dwóch tygodni.

4. (5564/11). K. M. 23 lat. Od 6 dni oko ją boli, czerwienieje, ropieje. W domu jest pies. Wywiady pod względem gruźlicy dały wynik ujemny. Dawniej chora nigdy na oczy nie cierpiała. Czuje ogólne osłabienie. Badanie wykazało: Gruczoł przyuszny prawy obrzękły, bolesny, podobnie szyjne po stronie prawej. Ciepłota 38°. Tętno 100. Prawe oko: Powieki obrzękłe. Wydzielina śluzowo-ropna. Cała spojówka dolnej powieki, zwłaszcza załamek, a także i górny załamek pokryte wyniosłościami rozmaitej wielkości i postaci, barwy szarej, tu i ówdzie żółtej; na spojówce chrząstki górnej wybitny przerost ciała brodawkowego. Rogówka czysta. Lewe oko: Powieki prawidłowe, gruczoł przyuszny niemacalny, na spojówce chrząstki przerost ciała brodawkowego, na załamku dolnej powieki w zewnętrznej połowie mieszki obok drobnych blizn.

Pod wpływem elektrargolu, adrenaliny i zimnych okładów objawy ostre stopniowo ustępowały, tak że po upływie około 3 tygodni obrzęk gruczołów i powiek, jakoteż wydzielina worka spojówkowego zupełnie znikły; pozostał natomiast jeszcze mierny przerost ciała brodawkowego, drobne blizny i jagły.

Próba Moro ujemna. Badanie bakteryologiczne wydzieliny spojówkowej prawego oka: bardzo obfite prątki Kocha-Weeksa, wtrętów ani prątków gruźliczych nie stwierdzono. Badanie histologiczne wyciętego ziarna nie wykazało budowy guzka gruźliczego, natomiast naciek drobnokomórkowy, układający się w większe grudki (jagły); nabłonek zachowany, mierna ilość komórek śluzowych, okolica tych grudek obficie unaczyniona. W skrawkach również prątków gruźliczych nie stwierdzono. Przeszczepione do przedniej komory oka morskiej świnki kawałeczki odciętej tkanki spojówkowej wywołały początkowo mierny odczyn, który jednak po kilku dniach ustąpił zupełnie. Wprowadzona tkanka uległa wreszcie wessaniu; obecnie zwierzę ma się dobrze i przybiera na wadze.

Rozpoznanie: Conjunctivitis granulosa acuta o. dextr., conj. granulopapillaris levis o. sin.

Powyżej przytoczone przypadki wykazują kliniczne objawy t. zw. zapalenia spojówki Parinauda i nawet wprawnemu oku może się zdarzyć, że podobny przypadek jako cierpienie Parinauda rozpozna.

Jednostronne wystąpienie, obrzęk gruczołów przyusznych, a nawet podszczękowych (przyp. 4), obrzmienie powiek i ziarna, oto cechy, znamionujące to cierpienie. Wszyst-

kie te znamiona wykazują nasze 4 przypadki. Dodajmy do tego możność przeniesienia się ze zwierzęcia, podniesienie się ciepłoty i ogólne osłabienie (przyp. 4), a opis będzie niemal równobrzmiący z opisem Parinauda!

Objawy kliniczne zatem naszych przypadków są bardzo do siebie zbliżone, a etyologia ich jakże odmienna.

Pierwsze dwa przypadki, to przewlekła postać gruźlicy spojówki, stwierdzona badaniem histologicznem, doświadczeniem na zwierzęciu i odczynem biologicznym. Przypadek trzeci przedstawia ostre zapalenie spojówki na tle dwoinek Fränkla (pneumococcus). W czwartym wreszcie chodzi o dawną (bez wiedzy chorego) toczącą się sprawę trachomatyczną, a przypadkowe wtórne zakażenie prątkami Kocha-Weeksa wywołuje zaostrzenie się sprawy i daje objawy zapalenia Parinauda.

Kilku okulistów, badając oko lewe nie dostrzegało w niem żadnych zmian prócz lekkiego przerostu ciała brodawkowego. Dopiero dokładne zbadanie zapomocą lupy przez R. dw. Prof. Wicherkiewicza wykryło drobne mieszki i blizny w spojówce oka rzekomo zdrowego, co zwróciło uwagę na jaglicze podłoże cierpienia, a co następnie dalszy przebieg choroby potwierdził.

Ostatnie badania nad etyologią zapalenia spojówki Parinauda doszukują się związku tego cierpienia z gruźlicą (Wessely, Verwey, Krusius, Clausen i i.). Inni szukają przyczyn tego zapalenia w mikrobie, stwierdzonym w jednym przypadku i dość dokładnie opisanym (Scholtz); inni wreszcie żądają dalszych badań, uważając dotychczasowe za niewystarczające, nie wyłączając jednak możliwości związku z gruźlicą (Axenfeld).

Pragnęliśmy przez ogłoszenie naszych przypadków przedstawić jedynie, że kliniczne objawy t. zw. zapalenia spojówki Parinauda mogą mieć bardzo różnorodną etyologię i jakkolwiek nie podajemy w wątpliwość możliwości istnienia w pewnych przypadkach łączności z gruźlicą, w innych istnienia szczególnej, dotąd nieznanej etyologii (być może pochodzenia zwierzęcego) tego zapalenia, to pragniemy zaznaczyć, że nazwą tą dziś obejmuje się nie ściśle zbadaną i określoną jednostkę chorobową, ale zbiór klinicznych objawów, z których dotychczasowe i przyszłe badania może dopiero oddzielą kilka etyologicznie różnorodnych schorzeń.

Piśmiennictwo dawniejsze obacz: Scholtz: Arch. f. A. 1905 p. 40. i Hoor: Klin. Monatsbl. f. A. 1906 I. p. 289. — Nadto 1) Axenfeld: Bakteriol. in der Augenh. Jena. S. Fischer 1907. — 2) Tenże: Lehrbuch d. Augenh. 1909. — 3) Bernheimer: Kl. Monatsbl. f. A. 1906 I. — 4) Fuchs: Lehrb. d. Augenh. 1910.— 5) Krusius i Clausen. Arch. f. A. LXIX. 4. 1911. — 6) Reis. Przegl. lek. 1905. Nr 23 i 24. — 7) Römer. Lehrb. d. Augenh. 1910. — 8) Scalnici. La clinica ocul. 1909. Ref. Arch. f. A. LXIX. 3. — 9) Verwey: Nederl. Tydschr. 1910. II. Ref. Arch. f. A. LXIX. 3. — 10) Wessely: Beitrag zur Kenntnis der Konjunktivaltuberculose. 36. Vers. ophth. Ges. Heidelb. 1910.

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Pierwotny przyrząd Forlaniniego nie miał miarkowanego manometru; obecnie przezeń używany, ma miarkowany manometr, ale jest niebardzo praktyczny w użyciu. Brauer używa przyrządu Spenglera, połączonego z manometrem podwójnym Cloetty lub małym manometrem rtęciowym (bardzo czułym). Frank (z Wiednia) zbudował skomplikowaną odmianę przyrządu Saugmana; jest to przyrząd przenośny.

Nieco praktyczniejszy jest przenośny przyrząd Denekego (z Hamburga). Kuss (z Paryża) skonstruował też odmianę przyrządu Saugmana, pozwalającą na mechaniczne unoszenie jednego cylindra ponad drugi. Są to wszystko przyrządy skomplikowane, więc łatwo się psujące.

Igła Saugmana, której używam, jest igłą trójgrańca Potaina z kranikiem i ze sztyletem cienkim, wystającym o 1 cm. z ostrza igły i używanym w charakterze zgłębnika. Do otworu górnego igły dopasowuje się wszelkiej objętości strzykawka »Record«; na otwór boczny nasadza się zakończenie węża I.

Forlanini używa długiej igły, podobnej do igieł większej strzykawki Prawatza, osadzonej na oliwce, na którą nakłada się węża.

Deneke taką samą igłę ma zakończoną ślepo, za to z boku daje otwór podłużny. Ta igła nie przebija, lecz raczej przekrawa tkanki: więc skórę przebija naprzód Deneke przy pomocy nożyka Franka (używanego przy pobieraniu prób krwi do badań klinicznych), a poprzez rurę tak w skórze utworzoną przechodzi swą igłą tkanki miękkie.

Schmidt przebija skórę i mięśnie ostrą, krótką (1 cm. długości) igłą, a przez nią wprowadza igłę tępą, którą przebija opłucnę.

Brauer używa (do reinsuflacyi) igły szerszej, wogóle ciężkiej, zamkniętej przetyczką (mandrynką) i równo z igłą ściętej. Nie chce bowiem do opłucnej wprowadzić tego wycinka skóry, który wycina igła np. Saugmana, a który może być źródłem zakażenia jamy opłucnej.

W dalszym opisie techniki będzie mowa jedynie o tych przyrządach, które w praktyce stosuję.

Chorego operuję zawsze na małym stole operacyjnym, w pozycyi leżącej. Jakkolwiek ciężko chorych radzą operować w łóżku, wolałem przenosić takich chorych na noszach do salki, w której operuję, ponieważ przy łóżku trudno o utrzymanie aseptyki. Stół, na którym leży chory, przysunięty jest bezpośrednio do stołu, na którym są ustawione przyrządy: Saugmana i Spenglera. Na bocznym stoliku mam przygotowany: digalen, rozczyn kamfory, przyrząd galwaniczny (dotąd nie potrzebowałem użyć tych środków ratunkowych). Chorym dawałem w pierwszym czasie stosowania zabiegu przed zabiegiem strzykawkę morfiny (1 cg). Dziś zupełnie tego nie stosuję, bo chorzy dowiedzieli się — jeden od drugiego — jak mało bolesny jest ten zabieg (o ile igła jest ostra). Cały układ rur od czasu do czasu bywa gotowany, a po ukończeniu zabiegu zawijany w wyjałowiony ręcznik i tak w szafie zamkniętej przechowywany. Igły, — rzecz prosta —, wyjaławia się przed każdym zabiegiem na sucho. Gaz do zbiorników obu przyrządów wprowadzam na 2 lub więcej dni przed zabiegiem, by się przez odstanie oczyścił od zawieszonych w nim części stałych.

Chorego układa się na stole w ten sposób, by miejsce mające uledz nakłuciu było jaknajwyżej położone; pod bok przeciwległy podkładam poduszkę twardą, kształtu walca; tym sposobem strona mająca uledz nakłuciu jest

wypięta, a powłoki napięte; rękę unosi chory ku górze, przez co międzyżebrza stają się możliwie szerokie.

Zaczynam od przepuszczania tlenu przez cały układ; przekonywam się przy tem, że igła przepuszcza dobrze gaz i — co ważniejsza — napełniam cały układ tlenem. Jak o tem dalej będzie mowa, najcięższem powikłaniem omawianego zabiegu jest możność wywołania zatoru gazowego, jeśli igłą trafimy w światło naczynia. Jakkolwiek mało jest prawdopodobnem, by to naczynie miało przyssać, przy zamkniętym zacisku *a*, zawartość igły i węża (z nakłutej tętnicy wejdzie raczej krew do igły i ukaże się w rurce szklanej blizko igły założonej), to jednak jest to teoretycznie możliwe, bo ruchy klatki piersiowej działają przysysająco — w chwili wdechu — na żyły tej okolicy (siła przysysająca prawej komory serca działa tak na żyły głębiej leżące). Licząc się z taką możliwością, mamy w układzie nie azot, tylko tlen. Zator azotowy jest o wiele niebezpieczniejszy od tlenowego; azot niema bowiem powinowactwa do krwi i tkanek, przez które z krwią przepływa, tlen chciwie będzie absorbowany.

Podczas tego »przepłukiwania« tlenem całego układu zaciski *a* i *c* są oczywiście otwarte, natomiast zacisk *b* jest zamknięty, ponieważ ciśnienie gazu mogłoby wyrzucić z manometru wodnego jego zawartość.

Teraz z kolei zamykamy zacisk *a*, otwieramy *b* i nakłuwamy, pionowo do powierzchni ciała, to z międzyżebrzy, które sobie (na podstawie wskazań, o których dalej) wybraliśmy.

Wyobraźmy sobie przypadek idealny: wolno przebijając kolejno miękkie warstwy klatki piersiowej, dochodzimy do jamy opłucnej. Tę chwilę wskaże nam manometr wodny: wskaże ciśnienie ujemne, wskaże wyraźne wahania, wdechowe i wydechowe, leżące wtedy poniżej zera. Do szczegółów manometrycznych wrócimy jeszcze dalej; to, co spostrzegliśmy w grze manometru, świadczy nam, że igła dostała się do wolnej jamy opłucnej. Zanim wpuścimy gaz, przekonamy się o tem jeszcze przy pomocy zgłębnika i strzykawki. Zgłębnik wprowadzony w tym przypadku daje się cały do igły wprowadzić; oglądamy jego koniec, wycieramy go o kawałek gazy, — zanieczyszczenie krwią obudzi naszą czujność: może koniec igły jest w naczyniu. Dla sprawdzenia prosimy asystującego o zaciśnięcie palcami rurki tuż przy igle, nasadzamy strzykawkę (pięciogramową) »Record« (po otwarciu kranika igły) na górny otwór igły i naciągamy tłok strzykawki: jeśli igła jest w naczyniu, aspirujemy krew.

Zgłębnika używamy też, jeśli podejrzywamy, że igła jest zatkana: bądź tym wycinkiem skóry, który igła przebiła, bądź skrzepem krwi; wtedy igła już może być w jamie opłucnej, a jednak manometr wahań nie daje. Jeśli osad krwi na zgłębniku wskaże na zatkanie igły przez krew, niezawsze udaje się przepchnąć skrzep; wypadnie igłę wyjąć i przedmuchać ją gazem, albo zastąpić inną i nakłucie ponowić.

Wogóle nakłuć przy poszukiwaniu jamy opłucnej wypadnie nieraz zrobić kilka; Forlanini opowiada, że w jednym przypadku dopiero po czternastu nakłuciach znalazł wolną jamę; jest to fakt wyjątkowy. W każdym razie, jeśli pomimo parokrotnych nakłuć nie natrafimy na wolną jamę, nie powinno nas to zniechęcać; w najbliższym czasie poszukiwania ponawiamy.

Dopóki nie otrzymamy wyraźnych szerokich wahań manometru, gazu wpuszczać nie wolno; tylko po nabraniu wprawy na taką próbę pozwolić sobie można: doprowadzamy, wypuszczając gaz w powietrze, płyn w obu cylindrach (A i B) do jednej wysokości, by tlen nie stał pod żadnem ciśnieniem. Doszedłszy igłą do głębokości, w której przypuszczamy miejsce stykania się obu opłucnych, łączymy igłę ze zbiornikiem tlenu i wolniutko nią poruszamy w głąb i z powrotem. W ten sposób — przy wprawie, pozwalającej przez dotyk odróżniać różne warstwy, jakie igła przebija, — udaje się nam czasem rozsunąć obie blaszki opłucnej; wtedy naraz widzimy występujące wyraźne oddechowe wahania manometryczne, a opłucna rytmicznie gaz przysysa.

Forlanini przebija klatkę piersiową przy otwartym zbiorniku gazu; wtłacza on igłę zawsze pełną gazu, zostającego pod ciśnieniem, i wgłębia się nią tak długo, dopóki uchodzenie gazu ze zbiornika nie okaże, że igła jest w jamie. Ten sposób naraża bezwarunkowo na wywołanie zatoru gazowego; wywołuje go nieraz Forlanini, o czem dalej mowa będzie. Ostatnio zmodyfikował Forlanini swą metodę dla przypadków, w których istnieją obszerne zrosty. Stosuje wtedy metodę »wyciskania węża«. Zacisnąwszy węża palcami ręki prawej o jakie trzy centymetry powyżej igły — wyciska zeń gaz palcami ręki lewej. Powtarzając ten zabieg za każdem stopniowem wgłębieniem igły, możemy natrafić na chwilę, w której manometr wykaże obecność ostrza igły w jamie. Czy ten zabieg zbogaci technikę wytwarzania odmy — powiedzieć nie umiem. W każdym razie znakomicie ulepsza technikę klasyczną Forlaniniego, ponieważ jest wykonywany przy zamkniętym zbiorniku azotu, a te ilości azotu, jakie wpychamy przy metodzie »wyciskania węża« wielkiego zatoru nie wytworzą.

Będzie mowa dalej o różnych trudnościach napotykanych; zostańmy na razie przy naszym idealnym przypadku: wahania manometru okazują, że jesteśmy w wolnej jamie opłucnej. Zamykamy wtedy zacisk *b*, otwieramy *a*; ciśnienie, pod jakiem wprowadzamy gaz, odczytujemy teraz na manometrze rtęciowym.

Uciskając balonik pompki Richardsona, wprowadzamy do opłucnej 20—50 ctm. tlenu; można to czynić i bez użycia ciśnienia, jeśli manometr wodny wykazał zupełnie wolną jamę opłucnej; wtedy, jak wspomniałem, opłucna sama, przy każdym wdechu, wessie tlen (należy wtedy zdjąć K).

Kiedyśmy już utworzyli bańkę gazową z tlenu i pewni jesteśmy, że ostrze igły tkwi w tej bańce, przejść możemy do wpuszczania trudniej wsysającego się gazu — azotu z przyrządu Spenglera.

W tym celu zaciskamy *a*, odłączamy górny otwór rurki F od zbiornika tlenu i łączymy go z rurką, idącą od butli z azotem. I tu zupełnie wolna jama opłucnej chciwie przysysa gaz; jeśli tego nie czyni, unosimy butlę S i wpuszczamy azot pod ciśnieniem, wskazywanem przez manometr rtęciowy. To ciśnienie nie powinno przewyższać 30—40 mm. rtęci.

Ciśnienie, stosowane przy insuflacyi, t. j. przy zakładaniu odmy, ma na celu rozsuwanie, rozrywanie zrostów; wszelki gwałt tu stosowany jest szkodliwy; tylko systematyczne, długotrwale powtarzane reinsuflacye uczynić to mogą, — niestety, wcale nie zawsze.

Ilość gazu, jaką się przy pierwszej insuflacyi wprowadza, bywa różna. Niektórzy operatorzy, np. Murphy, Lemke (z Chicago), dają naraz 2 i 3 tysiące ctm.^{3} azotu; Brauer i jego szkoła wprowadzają około 1000 ctm.^{3} azotu; Forlanini — 200 do 500, niekiedy zaś tylko 60 - 100. Im mniej się naraz wprowadza, tem częściej należy reinsuflować. Osobiste moje doświadczenie stanowczo przemawia przeciw wprowadzeniu przy insuflacyi ponad 500 cm.^{3}, nawet przy zupełnie wolnej jamie opłucnej; przy zrostach wolno nieco uciskać przy następnych reinsuflacyach; przy insuflacyi i pierwszych reinsuflacyach wskazane są małe ilości (200—300 cm.^{3}) azotu.

Skończywszy zabieg, zamknąwszy zacisk butli N, otwieramy ponownie zacisk *b* i mierzymy ciśnienie.

Igłę wyciągam zawsze bardzo wolno, stopniowo przesuwając ją przez każdą z warstw ściany klatki piersiowej; jest to chwila, którą często chorzy odczuwają jako jedyny, a przynajmniej najgorszy ból, całego zabiegu. Czyniąc tak, zapobiegam powstaniu odmy podskórnej, która — w różnej postaci — wikła ten zabieg; będzie o tem dalej mowa.

Opisany sposób zakładania odmy jest zwany sposobem nakłucia, metodą Forlaniniego-Saugmana.

L. Spengler i L. Brauer, szczególniej ten drugi, widzi niebezpieczeństwo metody nakłucia w tem, że naraża ona chorego na niebezpieczeństwo zatoru gazowego, że niemożliwą jest bez obrażenia płuca ostrzem igły, a znalezienie szpary międzyopłucnej jest przy niej trudne. Dla tego Brauer przy zakładaniu odmy nacina międzyżebrza, a opłucnę przebija tępym cewnikiem metalowym.

Brauer tak sobie poczyna: Przed operacyą wstrzykuje choremu 15 mlgr. morfiny; miejsce nacięcia znieczula płynem Schleicha z adrenaliną; przeczekawszy 5—10 minut przeprowadza cięcie skóry (5—7 cm. długie) i tkanki łącznej (przewiązując troskliwie naczynia krwawiące); doszedłszy do powięzi znów tę znieczula; powięź przecina na przestrzeni 2 ctm. Dalej operuje na tępo: specyalnymi hakami rozsuwa mięśnie, warstwę za warstwą, przyczem asystent utrzymuje kolejne otwarte przestrzenie tępymi hakami. Pod ostatnią warstwą mięśni ukazuje się opłucna żebrowa; oglądanie opłucnej pozwala (nie zawsze!) osądzić (na podstawie jej przeźroczystości), czy jest ona zgrubiała, czy też w danem miejscu prawidłowa, czy płuco jest ruchome, czy zrośnięte. Opłucnę żebrową przebija tępym zgłębnikiem metalowym (igłą Salomona) i wchodzi do jamy opłucnej (powietrze atmosferyczne, wnikające obok zgłębnika do jamy — rozdziela opłucne). Teraz uciska mocno tamponami całą ranę i — przy wolnej jamie — wpuszcza azot. Przy niewielkiej jamie, ograniczonej zrostami, wprowadza poprzez igłę Salomona, mającą otwór boczny, świeczkę Jacobsona, którą wsuwa jaknajdalej i w różne strony; to daje wyobrażenie o rozmiarach jamy; czasem udaje się wtedy rozerwać słabe zrosty. Miejsce nacięte zeszywa szwem piętrowym.

Sposób swój poleca Brauer (naśladujący zresztą sposób Murphyego) stale przy zakładaniu odmy; przy reinsuflacyi, t. j. kiedy w jamie opłucnej istnieje już bańka powietrzna, używa metody nakłucia.

Jak widzimy z opisu, metoda Brauera jest o wiele więcej złożona, kłopotliwsza; trudniej na tę operacyę namówić chorego; co ważniejsza — nie daje możności powtórnego na tem samem posiedzeniu poszukiwania miejsca w jamie opłucnej od zrostów wolnego, jeśli się na takie od razu nie trafiło; dopiero nazajutrz trzeba przystąpić do ponownej operacyi, a takich może się okazać potrzebnych kilka.

Zarzuty, które stawia Brauer sposobowi wytwarzania odmy przez nakłucie, są następujące: igła wpychana bez możności sprawdzenia, kiedy została przebita opłucna żebrowa, skaleczyć musi płuco; igłą, wpychaną bez możności stwierdzenia tej chwili, — trudno wogóle wytworzyć odmę; wreszcie — rzecz najważniejsza — działając na ślepo, łatwo wywołać zator gazowy. Wszystkie te zarzuty podkreśla Brauer bardzo silnie, wyrażając zdanie, że n i e w o l n o wytwarzać odmy innym, niż jego, sposobem.

Jest to pogląd arcy jednostronny, a zarzuty wszystkie bardzo przesadzone.

Tępe rozerwanie opłucnej zgrubiałej stanowi uraz o wiele poważniejszy, niż jej przebicie igłą ostrą; a że przy zrostach opłucnej z płucem nigdy ich grubości ocenić dokładnie nie można, przeto zabieg Brauera naraża płuco na uszkodzenie o wiele poważniejsze, aniżeli zabieg Forlaniniego: skutki urazu zadanego narzędziem tępem trudniej się zagoją, tembardziej, że przebicie tkanki igłą Salomona wymaga dosyć mocnego wysiłku.

Nakłucie cienką igłą płuc zdarzyć się może, — ale zdarza się ono tylokrotnie przy nakłuciach próbnych, nie pociągając za sobą skutków ujemnych! Pewnie: natrafienie na zakażoną okolicę płuca może być przyczyną zakażenia opłucnej; ale jest to jedno z tych najrzadszych powikłań ubocznych, od których nie jest wolny żaden zabieg chirurgiczny.

Co się tyczy zatoru gazowego, to zarzuty Brauera, o ile były kierowane przeciw klasycznej metodzie Forlaniniego, miały za sobą wszelką słuszność; Forlanini bowiem już przy poszukiwaniu wolnej jamy opłucnej pracuje z otwartym zbiornikiem gazu; zawartość gazowa igły pozostaje przy tem, jak już mówiłem, pod ciśnieniem. Przy technice, poleconej przez Saugmana, którą wyżej opisałem, niebezpieczeństwo zatoru gazowego jest minimalne, a w każdym razie nie jest ono mniejsze przy technice Brauera. Dowodem, że te wszystkie ciężkie powikłania, o których pisał Forlanini i które miewał początkowo Brauer, dopóki stosował sposób klasyczny, te wszystkie powikłania są nieznane stosującym d o k ł a d n i e metodykę Saugmana. Jeśli igła swem ostrzem znajdzie się w świetle naczynia, czy też w obficie unaczynionym zroście, — wyżej opisane zabiegi kontrolujące ostrzegą o tem każdego sumiennego operatora, który wtedy gazu nie wpuści. Że zaś przyssanie z igły gazu, nie będącego pod ciśnieniem, jest rzeczą mało prawdopodobną — mówiliśmy wyżej; gdyby jednak się zdarzyło — przyssanie niewielkiej ilości tlenu szkody nie wyrządzi [1]).

Niesłusznym jest więc zarzut Brauera, jakoby operowanie igłą ostrą narażać miało chorego na zator gazowy.

Zarzut trzeci: trudność wytworzenia odmy wogóle przez nakłucie. Brauer mówi, że to powietrze, które wpada (z sykiem) przez otwór przebity na tępo igłą Salomona —

[1]) Nawiasem mówiąc, po krwotokach płucnych, kiedy naczynie płucne bywa otwarte dla powietrza atmosferycznego, nie widujemy przecież zatorów powietrznych.

rozsuwa opłucne, t. j. ono przetwarza jamę »idealną« na realną i że tylko tą drogą możemy — przy braku zrostów w danej okolicy — zawsze jamę opłucnej znaleźć.

Ażeby zrozumieć, jak się wytwarza odmę przez nakłucie, pamiętać należy o stosunkach, panujących w zdrowej opłucnej. Oba listki opłucnej przylegają do siebie tak, jak np. dwie płytki szklane, pomiędzy któremi jest nieco płynu. Kohezya, przez ten płyn powodowana, wymaga dla przezwyciężenia pewnego wysiłku; z chwilą jednak jej przezwyciężenia ustaje nagle zetknięcie się obu płytek na całej przestrzeni. Coś podobnego dzieje się po przebiciu opłucnej ściennej, ponieważ obie opłucne przylegają do siebie (we wszystkich fazach oddechu) na podobieństwo wspomnianych płytek.

Dla czego jednak udaje się »na ślepo« przebić ostrzem igły opłucnę ścienną bez zadraśnięcia opłucnej trzewnej i płuca?

Forlanini tak wyjaśnia zachodzące tu zjawisko. Opłucna ścienna jest napięta; opłucna trzewna — elastyczna, kurczliwa,— cofa się przy zetknięciu z każdem ciałem obcem. Igła, doszedłszy do opłucnej trzewnej, nie napotyka tego oporu, który jest konieczny do przebicia błony; ta błona cofa się, przysysa niejako ostrze igły. Forlanini przypomina, jak się zachowuje powierzchnia płuca na stole sekcyjnym: dopiero unieruchomienie płuca i napięcie (między palcami) opłucnej pozwala dobrze naciśniętemu nożowi przebić tkankę; jeśli chcemy płuco nakłuć, musimy to uczynić przez szybki ruch, bo przy powolnem naciskaniu igły udaje się to dopiero wtedy, kiedy ostrze igły jest już wgłębione do dołka, utworzonego przez ucisk.

Otóż zakładanie odmy piersiowej tak właśnie się odbywać musi. A niech tylko rozerwana zostanie na najmniejszej przestrzeni spójność obu warstw opłucnej, te warstwy się rozchodzą szeroko, przyczem już najmniejsza — przez odsunięcie płuca igłą utworzona — przestrzeń wysysa ze światła igły tlen, który ze swej strony działa na ruchomą opłucnę trzewną jako ciało obce.

To wytłumaczenie przekona każdego, kto miał sposobność zakładania odmy w okolicy wolnej od zrostów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki lekarskiej Prof. dra A. Gluzińskiego i z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu lwowskiego.

O znaczeniu etyologicznem schorzenia migdałków w sprawach tz. gośćcowych ostrych

podali

Doc. dr Maryan Franke

i

Helena Schusterówna,

demonstratorka Zakładu anatomo-patologicznego.

(Dokończenie).

Porównując wynik naszych badań pośmiertnych migdałków z wynikiem badania ich za życia, a zwłaszcza z podaniem Güricha i Schichholda, widzimy zupełną zgodność między badaniem za życia a po śmierci. Wspomnieni autorowie podają, że zmiany migdałkowe stwierdzili prawie we wszystkich przypadkach swoich, co zgadza się z wynikiem naszych badań anatomo-patologicznych. My stwierdziliśmy zmiany opisane w 79% przypadków naszych (jeżeli wyłączymy przypadek pląsawicy); a wogóle zajęcie migdałków w 90% przypadków, choć zaznaczyć należy, że mieliśmy do czynienia z przypadkami skończonymi, nie ostrymi, w których śmierć następowała przeważnie wśród objawów osłabienia serca, a nie bezpośrednio wskutek ostrych spraw gośćcowych; to samo może wpływać na zmniejszenie liczby przypadków »dodatnich«.

Zastanówmy się nad pytaniem, czy te wszystkie badania migdałków popierają twierdzenie, że schorzenia migdałków stoją w bezpośrednim związku etyologicznym z ostrym gośćcem stawowym i innemi schorzeniami gośćcowemi, czyli, że migdałki tworzą niejako punkt wyjścia dla ostrego gośćca, nawrotów i powikłań jego, stanowiąc bramę wejścia dla zakażenia gośćcowego. Uwzględniwszy wynik badań naszych i obcych, musimy na podstawie już tych badań dojść do potwierdzenia tych przypuszczeń. Za tem twierdzeniem prócz dowodów wyżej podanych przemawia przedewszystkiem i częstość współistnienia obu tych spraw, tak, że zajęcie migdałków pod obrazem opisanej »tonsillitis lacunaris chronica« jest schorzeniem, stojącem w związku etyologicznym z ostrym gośćcem stawowym i jego powikłaniami; wybuch zaś ostry gośćca lub zaostrzeń i nawrotów jego jest wywołany bezpośrednio przez zaostrzenie schorzenia migdałkowego. Badania nasze anatomo-patologiczne przypadków ostrych przemawiają za tem, że migdałki są wrotami zakażenia gośćcowego. W przypadkach naszych, w których za życia stwierdzono świeżo przebyty gościec stawowy, tam mikroskop wykazywał prócz zmian przewlekłych w mieszkach, także i nacieki drobnokomórkowe w tkance okołomigdałkowej, jako wyraz zaostrzenia sprawy z dążnością do postępu w otoczenie. Wszystko przemawiałoby za tem, że u osób z ostrym gośćcem stawowym istnieje, jako schorzenie dawniejsze, przewlekłe zapalenie mieszkowe migdałków, a w ropie ukrytej w lakunach tkwi zarazek chorobotwórczy gośćca, lecz w stanie utajonym, nieczynnym; zaostrzenie schorzenia migdałkowego ujawnia niejako jego zakaźność i żywotność, tworząc punkt wyjścia dla ostrego wybuchu sprawy gośćcowej.

Zastrzedz się jednak musimy przeciwko twierdzeniu, jakoby powyżej opisane przewlekłe zapalenie mieszkowe migdałków miało być charakterystyczne tylko dla schorzeń gośćcowych. Badania nasze nad migdałkami u osób zmarłych wskutek innego schorzenia i nieokazujących przy autopsyi nigdzie zmian żadnych, odpowiadających schorzeniom gośćcowym, wykazały u nich nieraz również obecność opisanego przewlekłego zapalenia mieszkowego migdałków. Zapalenie przewlekłe migdałków w tych przypadkach (»obojętnych«) znaleźliśmy jednak znacznie rzadziej, bo tylko w 53% przypadków; przypadków wolnych od zmian migdałkowych było aż 47%, gdy w przypadkach ze schorzeniami gośćcowymi wolnych było tylko 10%. W każdym razie zmiany migdałkowe w przypadkach gośćcowych są daleko częstsze, a może są one objawem stałym u dotkniętych gośćcem.

Na podstawie tych spostrzeżeń musimy twierdzić, że do wywołania ostrego gośćca i powikłań jego przecież nie wystarczy tylko istnienie przewlekłej sprawy w migdałkach (tonsillitis lacunaris chronica), która jest wprawdzie objawem istotnym, gośćcowi towarzyszącym, lecz prócz tego istnieć musi jeszcze jakiś inny czynnik »plus«. Czy tym czynnikiem są swoiste drobnoustroje, żyjące w ropie mieszków w przypadkach gośćcowych, czy też wrodzone lub nabyte usposobienie ogólne lub miejscowe błon, dotkniętych schorzeniami gośćcowemi, tego dzisiaj rozstrzygać nie możemy i nie chcemy. Jako stwierdzone możemy uważać tylko to, że wrotami, bramą wejścia zakażenia gośćcowego są zwykle migdałki.

Doświadczenia nasze również nie pozwalają nam na rozstrzygnięcie pytania, czy gościec stawowy i powikłania jego są wywołane przez bakteryemię, czy też tylko toksemię, a w tym razie siedziby drobnoustrojów musielibyśmy szukać w migdałkach i ich mieszkach schorzałych.

W krótkości jeszcze muszę wspomnieć o wynikach operacyjnego »leczenia migdałkowego« schorzeń gośćcowych, bo one popierają w całości zapatrywania o pochodzeniu migdałkowem gośćca i powikłań jego i są wynikiem praktycznym zapatrywań teoretycznych na etyologię gośćca. Leczenie to, rozpoczęte przez Amerykanów, a przeszczepione później do Europy, polega na usunięciu ropy z mieszków i na otwarciu ropni ukrytych w migdałku przez rozrywanie mostków, oddzielających poszczególne jamki migdałków (t. zw. Schlitzen), lub też niszczenie schorzałych migdałków (morcellement), lub wreszcie zupełne wyłuszczanie migdałków (tonsillectomia). Wyniki lecznicze tą drogą otrzymywane, jak dotychczas, były przeważnie dobre. Leczenie, stosowane rzadziej w ostrym nawale gośćca lub powikłań jego, usuwało objawy ostre lub powstrzymywało postęp sprawy chorobowej. Leczenie zaś migdałków, stosowane w czasie między zaostrzeniami gośćcowemi, powstrzymywało wystąpienie dalszych nawrotów i zaostrzeń. Sprawa leczenia schorzeń gośćcowych tą drogą wprawdzie jest jeszcze ciągle w okresie doświadczeń i prób, lecz dla naszych rozpatrywań ma znaczenie eksperymentu rozstrzygającego. Pamiętając o zdaniu »cessante causa, cessat effectus«, dojdziemy do przekonania, że w tych przypadkach przyczyna choroby leży w schorzałych migdałkach.

Choć w paru słowach dotknąć chcę jeszcze sprawy tak zwanego »okresu oddziaływania« (reakcyi) po operacyjnem leczeniu migdałkowem przypadków gośćcowych. W niektórych przypadkach gośćca, w których wykonywano rozrywanie mostków w schorzałych migdałkach lub niszczenie ich, tam 2. lub 3. dnia spostrzegano wystąpienie podwyższenia ciepłoty ciała, choć ona już była prawidłowa, a równocześnie stwierdzano zaostrzenie zajęcia stawów, dotychczas niezajętych; okres ten »oddziaływania« trwał zwykle bardzo krótko, a objawy ostre ustępowały szybko. Zabieg operacyjny, który drogą urazową wywoływał właściwie zaostrzenie istniejącego zapalenia migdałków, możemy choć w części uważać jako równoznaczny ze samoistnem zaostrzeniem sprawy migdałkowej. »Oddziaływanie« kliniczne stawów na ten zabieg popiera nam tem samem istnienie w dotyczących przypadkach związku między schorzeniem migdałków, a gośćcem stawowym.

Zebrawszy razem wyniki naszych rozpatrywań dotychczasowych, musimy stanąć na stanowisku, że migdałki grają ważną rolę w etyologii ostrego gośćca stawowego i powikłań jego. Możemy twierdzić dalej, że migdałki tworzą wrota zakażenia dla gośćca, i drogą mieszków ich dostaje się drobnoustrój chorobotwórczy spraw gośćcowych. Wszystko przemawia również za tem, że opisane przewlekłe zapalenia mieszkowe migdałków, z obecnością ropy i czopów cuchnących, tworzą podłoże dla rozwoju drobnoustrojów gościec wywołujących, gdzie one przebywać mogą i dłuższy czas w stanie nieczynnym, lecz zawsze zdolne do rozwoju i zakażenia. Zaostrzenie sprawy migdałkowej jest tem »ultimum movens«, wywołującem pierwszy wybuch gośćca lub zaostrzenia i nawroty jego. Nie wykluczamy jednak, że istnieją przypadki gośćca, które nie tą drogą powstać mogły.

Jasnem będzie, że na podstawie tych rozpatrywań teoretycznych musimy dojść do następujących wniosków praktycznych. We wszystkich przypadkach gośćca i powikłań jego obowiązkiem naszym będzie przedewszystkiem dokładne zbadanie migdałków, celem przekonania się, czy istnieją podstawy do przyjęcia tła migdałkowego w danym przypadku. W razie choć najlżejszego podejrzenia w tym kierunku musimy przystąpić do leczenia schorzenia migdałków, przy uwzględnieniu leczenia objawowego, jak dotychczas, przetworami salicylowymi. Czy to leczenie migdałków ma być stosowane w okresie ostrego nawału lub w czasie międzynapadowym i jaką metodą ma być przeprowadzone, tego roztrzygać dziś nie możemy wobec szczupłych jeszcze doświadczeń. W każdym razie dążenie do leczenia migdałkowego musimy uważać za najbardziej racyonalne, bo wypełnia ono zadanie nasze najważniejsze w kierunku leczniczem, to jest »indicatio causae«. Leczenie migdałkowe gośćca jest przytem leczeniem zapobiegawczem w całem tego słowa znaczeniu, a tem samem zbliża się do ideału dążeń naszych leczniczych wogóle. Czy tą drogą pozbędziemy się bezsilności naszej w leczeniu gośćca i nawrotów jego, to okaże rozległe doświadczenie przyszłe.

Jasnem jest, że zadaniem naszych dalszych badań musi być przedewszystkiem wykrycie drobnoustrojów, wywołujących gośćiec i powikłania jego, aby tą drogą również módz uzyskać broń do zwalczania zakażenia. Wyniki badań nad wrotami zakażenia dają nam same przez się kierunek wytyczny, gdzie należy nam szukać tych drobnoustrojów. Skierowanie badań ku migdałkom schorzałym zdaje się stwarzać widoki do uzyskania wyników dodatnich w tym kierunku [1]).

Piśmiennictwo. 1) Achalme. Recherches bacteriologiques sur le rheumatisme articulaire aigu. Annales de l'Institut Pasteur 1897. — 2) Detre. Demonstration in der ungarischen Gesellschaft. der Aerzte. R. 1906 cytow. według G. Kiralyfi; Zeitschft. für klin. Med. T. 68, Z. 5—6. R. 1909. — 3) J. K. Fowler. On the Association of affections of the throat with acute Rheumatism. Lancet R. 1880. — 4) A. Garrod. British medic. Journal R. 1887. — 5) Gürich. a) Ueber die Beziehungen zwischen Mandelerkrankun-

[1]) Praca ta była już ukończona w czerwcu b. r. i była zgłoszona jako wykład w sekcyi medycyny wewnętrznej XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie; na podstawie naszych wyników zabierał głos Prof. Dr Gluziński w dyskusyi nad odczytem S. Batawii z Częstochowy: »Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego«, wygłoszonym na I. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Król. polskiego w Łodzi.

gen u. dem akuten Gelenkrheumatismus. Münch. med. Woch. 1904. b) Gelenkrheumatismus. Wrocław 1905. c) Verhandl. d. Kongresses f. innere Med. i. Wiesbaden. R. 1905. d) Die tonsilläre Radikaltherapie d. Gelenkrheumatismus. Wien. klin. Rundschau 1905. — 6) v. Leyden Ueber ulceröse Endocarditis oder fibröse Myocarditis im Zusammenhang mit Gelenkrheumatismus. Deutsche med. Wochenschft. 1894. — 7) Meyer Fr. a) Zur Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus. D. med. Woch. 1901. b) Die Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus. Verhandl. d. Kongr. f. innere Med. 1901. — 8) Mięsowicz E. Przyczynki do nauki o sprawach septycznych. Nowiny lekarskie 1905. — 9) Poynton i Payne. Eine kurze Zusammenfassung der Resultate einer Untersuchung betreffend der Pathogenesis des akuten Gelenkrheumatismus. Zentrbl. f. Bakteriologie T. XXXI. — 10) Pribram. Der akute Gelenkrheumatismus. Nothnagels Sp. Path. u. Ther. T. V. Cz. I. — 11) Schichhold P. Die tonsilläre Behandlung der sogenn. rheumatischen Erkrankungen. München. med. Woch. 1910. — 12) Singer. a) Aetiologie u. Klinik des akuten Gelenkrheumatismus. Wien. b) Weitere Erfahrungen über die Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus. Verhandl. d. Kongr. für inn. Med. 1901. — 13) Stewart. Lancet 1881. — 14) Thiroloix. Bacteriologie du rheumatisme articulaire aigu. Compte rendus de la Societ de Biologie. 1897. — 15) Thiroloix i Rosenthal. Ueber Kulturen aus dem Blute bei akutem Gelenkrheumatismus. Referat. Wien. klin. Wochenschft. 1907.

Oceny i sprawozdania.

Dermatologische Studien. Tom I. Wydawnictwo poświęcone Prof. P. G. Unnie przez przyjaciół i uczniów. Hamburg, L. Voss. 1911 r. (Dokończenie).

Schamberg I. F. **Swędzenie skóry podczas żółcicy z odbarwieniem skóry.**

Hallopeau H. **O ciężkim przypadku wśród leczenia poronnego kiły.** Autor używa do leczenia kiły podanej przez siebie hektyny (kwas benzo-sulfo-para-amido-fenylarsenowy Moneyrat), którą stosuje w dawce 0,20 gr., w roztworze wodnym, wstrzykując w okolicę nacieku pierwotnego lub do gruczołów chłonnych. Wstrzykiwania robi codziennie obok stosowania miejscowego 10% maści hektynowej i leczenia rtęciowego (hydr. benzoinat. 0.02 codziennie). H. twierdzi, że przez takie leczenie sprowadza umiejscowienie zakażenia do nacieku i narządu chłonnego, a zmniejsza dostawanie się jadu do obiegu krwi. W opisanym przypadku powstała po piątem wstrzyknięciu zgorzel napletka na dużej przestrzeni, po której pozostała po kilku tygodniach znaczna blizna.

Fick I. **Dwa rzadkie guzy skóry.** Jeden z guzów, osadzony przy nasadzie palca ręki, okazywał budowę podobną do włókniaka z kostnieniem wewnątrz, drugi wycięty z policzka i rozpoznany jako nabłoniak, miał budowę typowego gruczolaka gruczołu potnego.

Prof. Welander. **Bliznowce powstałe po wstrzykiwaniach rtęciowych.** Opisując tego rodzaju bliznowce (keloidy), dochodzi autor do tego przekonania, że wstrzykiwanie stanowi w tym razie bodziec, a że bliznowiec powstaje tylko u ludzi ze skłonnością do tego rodzaju spraw.

Helmers. **Przyczynek do historyi i chemizmu przetworów siarkowych, rozpuszczalnych w wodzie.**

Schwenter-Trachslerowa. **Przyczynek do etyologii trądzika.** Na mocy swych doświadczeń bakteryologicznych dochodzi autorka do wniosku, że przyczyną trądzika jest gronkowiec biały (staphylococcus albus), który daje się wyhodować z zaskórników, a hodowla przeszczepiona w skórę może wywołać zaskórniki.

Prof. Pelagatti. **Endothelioma corporis cavernosi urethrae et penis.**

Wille U. I. **Granuloma pyogenicum.** Na podstawie przypadków z piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że przypadki tej choroby, opisywane jako »botryomycosis«, polegają na tle zakażenia gronkowcami i że warunki miejscowe czy też jakieś bliżej nieznane wpływy, są przyczyną niezwyczajnego bujania tkanki.

Doc. Nobl. **O licznych łagodnych »lupoidach« Boecka.** Autor opisuje przypadek tego rzadkiego schorzenia, polegającego na rozwoju guzków różnej wielkości, bez skłonności do rozpadu, o budowie tkanki gruźliczej, które Boeck opisał początkowo pod nazwą »łagodnych sarkoidów«, a które obecnie zaliczają prawie wszyscy do jednej z postaci gruźliczych.

Herz A. **Udział Unny w badaniach bakteryologicznych skóry.** Autor podnosi przedewszystkiem zasługi Unny w tym zakresie, przez podanie sposobów barwienia mikrobów w skrawkach histologicznych skóry i przez wykazanie, że pewne grupy pasorzytów wymagają całkiem odmiennych metod w celu uwidocznienia ich w skrawkach, jakoteż, że metody te pozwalają na dokładne wyróżnienie rodzaju mikrobów lub tworów podobnych do nich kształtem (grzyby, gruźlica, trąd, ziarniniaki, prątki twardzieli, mikroby w naskórku, w skórze i t. p.). Wydoskonalenie tych metod doprowadziło do poznania mnóstwa szczegółów, przedtem zgoła nieznanych. Dalej Unnie przypada zasługa stwierdzenia, że wrzód weneryczny jest chorobą samoistną (prątki Ducrey-Unny). Badania liszajca zwyczajnego i krostkowego (impetigo), przedsiębrane przez Unnę i jego uczniów, doprowadziły do poznania całej grupy gronkowców, a poszukiwania w kierunku zakaźności wyprysku, do poznania roli tych mikrobów w różnych postaciach tego różnorodnego cierpienia, wreszcie badania te pobudziły cały świat naukowy dermatologiczny do zajęcia się sprawą wyprysku i badań w tym kierunku. Badaniami swemi wyjaśnił również Unna, że t. zw. »psorospermosis« jest zwyrodnieniem komórek nabłonka, że »trichorrhexis nodosa, piedras nostras« stanowią odrębne jednostki chorobowe zołzów, że grzyb Madura należy do grupy grzybów promienicowych i t. d. Unna pierwszy wskazał na wielogatunkowość grzybów: woszczyny, grzyba strzygącego (favus, trichophyton), przyczynił się do poznania działania chorobotwórczego drożdży (blastomycosis), zabierał głos w sprawie odkażania skóry, — wogóle w całym ciągu swych badań zajmował się niemal wszystkiemi zagadnieniami z dziedziny pasorzytów skóry w najszerszem tego słowa znaczeniu. Wreszcie cały szereg prac z histopatologii trądu wyjaśnił niejeden szczegół o zachowaniu się prątków trądowych w tkankach.

Lie H. P. **Trąd guzowaty dłoni, podeszew i skóry owłosionej.**

Doc. Veress. **Stosunek rogu skórnego do raka skórnego.** Na mocy badań klinicznych i histologicznych całego szeregu przypadków rogu skórnego (8) i raków skórnych stwierdza autor, że w powstawaniu obu tych schorzeń odgrywają rolę jednakowe czynniki, jak drażnienia, uszkodzenia, blizny i t. p. Nawet budowa histologiczna obu tych zboczeń jest zbliżona, bo tak, jak róg przejść może czasami w raka, tak i rak skórny zamienia się w niektórych przypadkach po długiem trwaniu w róg.

Prof. Merk. **Zasadnicze postacie chorób skórnych ze stanowiska pedagoga.**

Prof. Kromayer. **O prawidłowej desmoplazyi.** Na podstawie badań histologicznych brodawczaków miękkich (naevus mollis) dochodzi K. do przekonania, że zapatrywania Unny, wypowiedziane w tym przedmiocie przed 17 laty, zyskują dziś coraz więcej uznania, chociaż początkowo były one dla samego autora sprzeczne z dotychczasową nauką patologii. Unna bowiem udowadniał wtedy, że brodawczaki powstają przez oddzielanie się od całości komórek nabłonkowych, które tworzą gromady komórek, przekształcających się w komórki tkanki łącznej.

Bonne G. O. **O klinicznem stanowisku wyprysku łojotokowego Unny.** Autor, który zabierał niejednokrotnie głos w tej sprawie, podnosi, że wyprysk tego rodzaju jest podstawą konstytucyonalną t. zw. zołzów, przerostów błony śluzowej nosa i gardła, jakoteż raków. Zaznacza przytem,

że to odnosi się nietylko do pojedynczych osobników, ale i do całych rodzin, a nawet pokoleń.

Prof. Boeck. **O pochodzeniu i dalszych losach wydzielanych z kałem prątków trądu.** B. zwraca uwagę, że prątki trądu dostają się z kałem na zewnątrz w przypadkach owrzodzeń trądowych w jamie ustnej lub dalszych części przewodu pokarmowego, a ponieważ ilość wydostających się prątków jest zazwyczaj duża, okoliczność ta może być przyczyną rozpowszechniania się choroby.

Bergengruen P. **Zapalenie kości twarzy w następstwie uszkodzenia podniebienia.** Opisując przypadek zapalenia części kośćca twarzy, dochodzi B. do przekonania, że śmiertelne ogólne zakażenie nastąpiło w tym razie skutkiem uszkodzenia smugi nabłonkowej w środkowej linii podniebienia, opisanej przez W. Rouxa u noworodków. Z praktycznego punktu widzenia potwierdzić zatem można zapatrywanie Moro, że wymywanie i wycieranie jamy ustnej osesków jest zupełnie niepotrzebne, a może przynieść szkodę, gdyż uszkodzenie błony śluzowej może sprowadzić zakażenie, jak w opisanym przypadku.

Prof. Okamura. **Przypadek wąglika.**

Richter P. **Przyczynki do historyi wyprysku.**

Golodetz L. **O barwieniu zapomocą »nie-barwików«.**

Fiocco. **Przypadek łupieżu czerwonego Hebry.** F. opisuje przypadek tego cierpienia (pityriasis rubra Hebra) w związku z gruźlicą narządów wewnętrznych.

Doc. Beck. **Erythema mycoticum infantile.** Autor wyróżnia z całej grupy chorób, pojawiających się u osesków na pośladkach (dermites infantiles), jedną postać, identyczną z chorobą Jaqueta (dermite érythemato-squameuse) i stara się udowodnić, że ma ją wywoływać grzyb, bardzo podobny do grzyba pleśniawki (soor), który wyhodował z takich zmian obok różnych bakteryi.

Reiche. **Spostrzeżenia bakteryologiczne w róży.**

Sick C. **Leczenie operacyjne guzowatości nosa.** Autor opisuje kilka przypadków, uleczonych bardzo pomyślnie zabiegiem chirurgicznym obok leczenia dermatologicznego.

Haase M. **Przypadek grzybicy drożdżowej skóry** (blastomycosis). Opisując przypadek tego rzadkiego schorzenia, udowadnia autor jego etyologię obrazami histologicznymi, w których grzyb daje się z łatwością uwidocznić.

Prof. Simmonds. **O krwotokach w jądrach.**

Messa F. **O zaniku skóry napletka.**

Joseph i Kaufmann. **O nowym przetworze siarkowym.** Nawiązując do wykazanego przez Unnę znaczenia siarki w leczeniu chorób skórnych i znaczenia spraw redukcyjnych, opisują autorowie działanie nowego przetworu, triphenylstibinsulfidu, wynalezionego przez Kaufmanna, w postaci 10—20% ciasta cynkowego, maści lub zawiesiny. Przetwór ten ma tę zaletę, że rozpuszcza się w olejach.

Prof. Schiff. **Stosowanie zimna w dermatologii.** Autor opisuje sposób leczenia zapomocą oziębiania kwasem węglowym brodawek, odgniotów i znamion różnego rodzaju.

Prof. Wolters. **Przyczynek do poznania pokrzywki guzkowej trwałej.**

Gradenwitz H. **O wytwarzaniu i składzie mydeł leczniczych.**

Sutton R. L. **Cheilitis glandularis apostematosa.**

Prof. Nauwerk. **Olbrzymiość kości** (leontiasis ossea) **a kiła.** Antor wykazuje, że zwiększanie się kości nie zawsze polega na zniekształcającem zapaleniu kości Pageta, jak to twierdzi M. Koch, ale że może powstać na tle zmian kostnych kiłowych w przypadkach kiły wrodzonej.

Draseke J. **Psychopathia sexualis.**

Unna K. jun. **O osłonkach komórek kolczastych naskórka.** Odpowiedniemi barwieniami uwidocznia autor istnienie osłonek (ectoplasma) komórek kolczastych naskórka, między któremi niema w stanie prawidłowym wolnych przestrzeni, jak to przypuszczano dawniej. Osłonki te są cieńsze w dolnych szeregach komórek, a coraz szersze, postępując ku górze, we wszystkich jednak można wykazać podwójny zarys i ostrą granicę od plazmy komórek.

Prof. Török. **Spostrzeżenia kliniczne w zatorowej gruźlicy skóry.** Autor opisuje przypadki gruźlicy skóry w postaci tocznia zwyczajnego i prosówkowego (lupus vulg. et miliaris), liszaja zołzowego (scrophuloderma), t. zw. tuberkulidów w różnej postaci i rumienia stwardniałego (erythema induratum). Wprawdzie T. nie zaprzecza możności powstania niektórych postaci gruźlicy w ustroju, jednak dotychczasowe badania przemawiają za tem, że tuberkulidy wogóle zawdzięczają swe powstanie bezpośredniemu działaniu prątków. Ze względu zaś na równoczesne powstawanie różnych postaci i w różnych warstwach skóry, jak to bywa niejednokrotnie, przypuścić trzeba, że prątki, tam się dostające, mają jednakową żywotność. Postać zaś chorobowa zależy niewątpliwie od ogólnych i miejscowych warunków, jakoteż od siedziby zatoru: czy prątki zatrzymały się w powierzchownych, czy głębiej położonych, czy w większych, czy mniejszych naczyniach.

Prof. Pick. **O pochodzeniu zakażenia moczu prątkami durowymi w durze i o ostrem durowem zapaleniu gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych.**

Pollitzer S. **O przyrodzie komórek plam żółtych** (xanthoma palpebrarum). Na mocy badań histologicznych dochodzi P. do wniosku, że plamy te nie należą do nowotworów, jak przypuszczano, ale że powstają skutkiem swoistego zwyrodnienia tłuszczowego włókien mięsnych w powiekach.

Wichmann P. **O analogii i przeciwieństwach biologicznego działania promieni.** Omawiając pewne punkty styczne w działaniu promieni, używanych w lecznictwie (promieni Roentgena, Finsena, radu) i działanie ich do pewnego stopnia w przeciwnych kierunkach, zwraca W. uwagę, że zapalenia skóry, wywołane promieniami X., ustępują pod wpływem słabych promieni pozafioletowych, musi zatem istnieć w działaniu tych promieni przeciwieństwo pomimo, że oba te rodzaje promieni mogą wywoływać prawie takieżsame zapalenia. F. Krzyształowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Jaquet: **O leczeniu tasiemca i przetworach paprotki samczej.** (Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr 48). Autor nie zgadza się ze zdaniem Drenkhahna, jakoby można przy leczeniu tasiemca bez obawy przekroczyć dawkę najwyższą 10 gr. wyciągu paprotki, o ile się unika podawania alkaliów i oleju rącznikowego. Zdaniem autora pomyślny wynik leczenia sposobem Drenkhahna, który podaje 15—20 gr., i nie pojawienie się złych skutków w tych razach zawdzięczać należy tylko szczęśliwemu przypadkowi. Zresztą technika Drenkhahna jest niewłaściwą. Ważniejszą przytem od techniki podawania rzeczą jest używanie przetworu działającego jednostajnie i dającego się ściśle dawkować. Takim przetworem jest, zdaniem autora, filmaron, będący najmniej trującym, a najsilniej działającym składnikiem wyciągu paprotki. Wyciąg paprotki jest lekiem surowym, który powinno się usunąć z farmakopei, jako lek niepewny, skoro istnieje już środek lepszy i czystszy w postaci filmaronu, wypróbowanego przez autora i innych w setkach przypadków, niestety zaś dotąd nie objętego farmakopeą.

B.

Hofstätter. **Pituitryna jako lek skrzepiający pęcherz.** (Wien. klin. Woch. 1911, Nr 49). Przy pooperacyjnych i poporodowych niedowładach pęcherza znakomite usługi oddają, jak podaje autor, wstrzykiwania podskórne 1—2 cm^3 pituitryny, tak, że cewnikowanie staje się zbyte-

cznem. Doświadczenia na zwierzętach wykazują, że pituitryna działa taksamo na mięśnie pęcherza, jak i na mięśnie macicy, podnosząc zarazem pobudliwość nerwów pęcherza i działając równocześnie moczopędnie. K.

Chirurgia.

Erben. **Rozpoznanie bolu krzyża i pleców.** (Med. Klinik, 1911, Nr 51). W obszernej pracy, ilustrowanej rentgenogramami i fotografiami, wykazuje autor, że często pod postacią t. zw. postrzału (lumbago) przebiegają poważne zaburzenia w stawach kręgowych. Wogóle częste i uporczywe bole w krzyżach budzić powinny przypuszczenie poważniejszego cierpienia; nie należy się zadowalniać szablonowem rozpoznaniem postrzału. Z badania ruchów biernych i czynnych wysnuć można nieraz cenne wnioski. Uporczywy ból pleców budzić znów powinien przypuszczenie powikłań w narządach jamy brzusznej i t. p. A.

Schepelmann. **O wpływie leczenia gorącem powietrzem na wysięki stawowe.** (Med. Klinik, 1911, Nr 51). S. przeprowadził doświadczenia na zwierzętach celem przekonania się, jak wpływa gorące powietrze na wysięki stawowe. Wstrzykiwał więc królikom do stawu kolanowego $1/2$ cm^3 10% jodoform-gliceryny i u części zwierząt stosował potem gorące powietrze, a u innej części nie stosował go i codzień rentgenował staw celem przekonania się, jak prędko jodoform zniknie. U zwierząt nagrzewanych odbywało się znikanie niemal dwa razy szybciej. Podobne wyniki dało doświadczenie z wstrzykiwaniem tuszu chińskiego do stawu kolanowego i badaniem potem gruczołów pachwinowych. Wynika z tego, że gorące powietrze przyspiesza bardzo wessanie ze stawów. K.

Noguchi. **O wartości jodyny w odkażaniu skóry.** (Arch. f. klin. Chir. 96. II). Szczegółowe badania wartości wspomnianego sposobu odkażania przemawiają bardzo za nim. Jod nie wnika głęboko w skórę, ale powierzchowne warstwy przenika i niszczy w nich drobnoustroje. Mycie przedtem jest niepotrzebne (golenie i kąpiel na kilka godzin przed operacyą). Smarować jednak należy skórę dwukrotnie. Sam jod i sam alkohol działają osobno znacznie słabiej, niż w kombinacyi jako jodyna. K.

Schmieden. **Różniczkowe rozpoznanie raka żołądka a wrzodu i anatomia patologiczna tych cierpień w stosunku do obrazu rentgenowskiego.** (Arch. f. klin. Chir. 96. II). Pamiętać należy o tem, że przy wrzodzie kurczą się zdrowe, a przy raku schorzałe ściany żołądka. Przy wrzodzie najczęstsze są zwężenia odźwiernika lub żołądek klepsydrowaty; części przed zwężeniem są znacznie więcej rozszerzone, niż przy raku. Zwężenie przy wrzodzie jest większe, przy raku (rozpad) mniejsze. Cechująca dla wrzodu jest ślimakowata postać żołądka, okrężny kurcz, kurcz odźwiernika, zwiększone ruchy, zaułek (Nischensymptom w razie wrzodu drążącego), a wreszcie wykazalne nieraz podłużne fałdy (w które wnika bizmut). Trudności sprawia rak powstały na tle wrzodu. Przy raku odźwiernika widzimy nieraz w cieniu ubytek, a sam cień kończy się linią zygzakowatą. Przy żołądku klepsydrowatym na tle raka najwęższe miejsce żołądka leży pośrodku światła, przy wrzodzie zaś bliżej jednej ściany. Również dokładnie nieraz rozpoznać można stwardnienie rakowe ścian żołądka. Powinno się zawsze podejrzany żołądek badać promieniami Röntgena, ale badanie takie nie może nigdy być rozstrzygającem. K.

T. Kocher. **O chorob e Basedowa.** (Arch. f. klin. Chir. 96. II). Zmiany serca przy wolu są zupełnie analogiczne do takichże zmian przy chorobie Basedowa. Po połowiczem wycięciu wola spostrzegano już nieraz przerost strony drugiej gruczołu i typowe wystąpienie choroby B. Choroba ta zjawić się może także po dużych dawkach jodu i przetworów tarczycy u osób z nienormalnym gruczołem (struma basedowificata). Chorobę Basedowa uważać należy za hypertyreozę i to w tem znaczeniu, że albo tworzy się przytem pewnego produktu za dużo, lub za mało jest on zobojętniany, dostaje się do krwi (jod). Badanie krwi oddaje tu cenne usługi. Spotykamy przy chorobie Basedowa leukopenię ze zmniejszeniem się ilości neutrofilów, a zwiększeniem limfocytów i zwolnienie krzepliwości krwi. Zupełnie jest możebne, że u osób skłonnych do choroby B. wstrząsy psychiczne mogą wywołać ostry wybuch choroby. Kocher wykonał u 535 chorych 721 operacyi. Śmiertelność 3 1%. Operować należy w znieczuleniu miejscowem. Wyniki ma K. bardzo dobre. W razie powikłań nie wycinamy gruczołu, lecz ograniczamy się do podwiązań naczyń. Po operacyi bezwzględny spokój (sanatoryum) i leczenie dyetetyczne. K.

Położnictwo i ginekologia.

Weinman. **W sprawie uśmierzania boleści przy porodach prawidłowych.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 50). Autorka daje przegląd metod, mających na celu uśmierzanie bolu przy porodzie. Opierając się na piśmiennictwie i doświadczeniu własnem (40 przypadków) poleca stosowanie pantoponu (0,01) przed rozpoczęciem bolów partych, w przypadkach bardzo ciężkich skombinowanego ze skopolaminą (0,01 pantoponu + 0,0015 — 0,003 skopolaminy). Uśmierzenie bólu następowało zawsze w znacznym stopniu; wpływu ujemnego bądź na stan matki lub dziecka, bądź na przebieg porodu nie dostrzegano. Metodę tę, jako łatwą technicznie, poleca autorka lekarzom, praktykującym poza zakładami. A. Markowa.

Vogt. **Doświadczenia z pituitryną.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 51). Opierając się na 100 porodach przeprowadzonych z pomocą pituitryny, twierdzi autor, że jest ona obecnie najlepszym środkiem, zwalczającym słabe bole porodowe, bądź pierwotne, bądź wtórne przy ciasnej miednicy. Najlepiej działa pituitryna w II okresie porodowym, czyniąc zbędnemi kleszcze i skracając czas trwania porodu prawidłowego. A. Markowa.

Hell. **Pituitryna przy poronieniu.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 51). Pituitryna, tak bardzo zalecana przez położników przy końcu ciąży i w czasie porodu przy odpowiedniej pobudliwości mięśnia macicznego, okazuje się bezskuteczną przy poronieniach wczesnych, bądź sztucznie wzniecanych, bądź będących w toku. Mięsień maciczny, w tym okresie niepobudliwy, oddziaływa na pituitrynę nie lepiej, niż na zwykłe środki, wzniecające skurcze macicy A. Markowa.

Veit. **Dalsze badania nad powstawaniem zakażenia połogowego.** (Pract. Ergebn. f. Geb. u. Gynaek. 1911, T. IV). Autor upatruje ważne źródło zakażenia połogowego w tem, iż jadowitość zarazków, żyjących w częściach rodnych położnic, wśród sprzyjających warunków wzrasta, a nawet może być zupełnie odzyskana, o ile przedtem zanikła. Warunkami takimi są np. świeże rany, odchody, zakrzepy, a własność owa odzyskiwania jadowitości dotyczy szczególnie paciorkowca hemolitycznego. Stąd nasuwa się wniosek, że zakażenie połogowe niezawsze następuje przez wprowadzenie zarazków świeżych, lecz że wywołać je mogą zarazki, już się w przewodzie rodnym znajdujące. Dowodzą tego również owe przelotne, jedno- lub dwudniowe, samorodne podwyższenia ciepłoty u położnic. Położna, opiekująca się tego rodzaju przypadkiem, może stać się źródłem zakażenia dla dalszych położnic, szukających u niej pomocy, gdyż przenosząc paciorkowca, którego jadowitość już wzrosła i przejawiła się w owem podwyższeniu ciepłoty, na rany świeże, stwarza dla owego wzrostu jadowitości jeszcze lepsze warunki. Dlatego powinna położna o każdej tego rodzaju gorączce zawiadomić lekarza urzędowego, a chorą wypuścić ze swej opieki. — Również przeciwwskazanem jest na zasadzie powyższych spostrzeżeń stwarzanie u położnic świeżych ran przez jakikolwiek zabieg operacyjny. A. Markowa.

Zangenmeister. **W sprawie zakażenia przyniesionego.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 1.). Liczne badania

bakteryologiczne, wykonane przez autora i jego współpracowników, stwierdzają doniosłość »samozakażenia«, polegającego na tem, że do powstania zakażenia przyrannego przyczyniają się nietylko zarazki wprowadzone z zewnątrz, lecz w równym stopniu i te, które już prawidłowo w otoczeniu rany lub w ranie samej się znajdują. Ważnym zaś czynnikiem, ułatwiającym zakażenie, jest głębokość rany i warunki, umożliwiające zarazkom wnikanie w głąb, jak zastój w krążeniu, w odpływie wydzieliny i t. d. Ze stwierdzenia tych faktów wynikają ważne wskazówki dla położnictwa, mające na celu zwalczanie gorączki połogowej: należy starać się, by po pęknięcia pęcherza odpływ wód płodowych nie był utrudniony; o ile można nie wywoływać świeżych ran, a do już istniejących, szczególniej głębokich zaułków, nie wszczepiać zawsze w pochwie znajdujących się zarazków, które, o ile tylko znajdują się na powierzchni ran szerokich a płytkich, łatwo stamtąd z wydzieliną zostaną usunięte A. Markowa.

Kehrer. **Pyelonephritis gravidarum.** (Zeitschr. für gynaek. Urologie. 1911. T. III). Schorzenie to, spowodowane przeważnie przez prątki okrężnicy (bact. coli), występuje mniej więcej w połowie ciąży. Prątek okrężnicy dostaje się z pęcherza do miedniczki nerkowej albo wskutek niedowładu przekrwionego moczowodu, albo nawet dzięki ruchom przeciwrobaczkowym moczowodu, wywołanym przez drażnienie ujścia jego ropą lub toksynami, znajdującemi się w pęcherzu, jak również uciskiem ze strony główki dziecka. Ucisk ten tłomaczy, dlaczego zapalenie występuje przeważnie w nerce prawej. W celu zapobiegawczym poleca się leczenie wszelkich zmian zapalnych pęcherza. Zresztą leczenie zachowawcze zapalenia miedniczek i nerek usuwa objawy, jakkolwiek nie daje wyleczenia w znaczeniu bakteryologicznem wbrew istniejącym poglądom. Nefrotomii należy unikać, jako zabiegu zbyt ciężkiego i nie chroniącego drugiej nerki przed zakażeniem. Jako ostateczność pozostaje w przypadkach bardzo ciężkich przerwanie ciąży. A. Markowa.

Esch. **Myrmalyd, jako środek odkażający mocz.** (Zeitschr. f. gyn. Urologie. 1911. T. III). Autor podnosi bakteryobójcze działanie myrmalydu (urotropina + mrówczan sodowy) na prątka okrężnicy i gronkowca. Dlatego stosuje go w celu zapobiegania i leczenia pooperacyjnych zapaleń pęcherza. Środek ten ma być również skutecznym przy bakteryomoczu durowym. Dawka dzienna 2—3 gr.

A. Markowa.

Adler. **Doświadczenia z mamminą Poehla, dotyczące czynności gruczołu mlecznego, jako narządu o wydzielaniu wewnętrznem.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 1). Wstrzykiwanie zwierzętom mamminy Poehla (wyciągu z wymion krów czerkieskich) wywoływało w nadnerczach przerost, przekrwienie i powstawanie ognisk zapalnych, u zwierząt ciężarnych (5 doświadczeń) obumieranie płodu i wydalanie go nazewnątrz. W ostatnich tygodniach ciąży płód był również wydalany przedwcześnie, lecz żył. Autor przypuszcza związek między wewnętrznem wydzielaniem gruczołu mlecznego, a wydalaniem płodu z końcem ciąży. A. Markowa.

Okulistyka.

Adam. **O powstawaniu i leczeniu zezu.** (Mediz. Klinik, 1911, Nr 51). Autor wykazuje, że u 73% ludzi istnieje z powodu niedokładności anatomicznych w budowie oczodołów dążność do nieprawidłowego ustawienia osi ocznych. Dążność ta jednak zostaje pokonana przez silniejszą dążność do kojarzenia wrażeń, odbieranych przez obie siatkówki i dlatego pozostaje w ukryciu. Są to zatem t. zw. utajone zaburzenia równowagi mięśniowej (heterophoria). Prawidłowe ustawienie osi nie odpowiada w tych przypadkach spoczynkowemu ułożeniu gałek ocznych, lecz jest wyrazem równowagi dynamicznej, podtrzymywanej potrzebą obuocznego widzenia pojedynczego (horror diplopiae). Jeżeli z jakichkolwiek powodów jedno oko jest upośledzone w swej sprawności czynnościowej i nie może skutecznie brać udziału w widzeniu obuocznem, równowaga dynamiczna znika, a oczy układają się do równowagi spoczynkowej, której wyrazem w 75% przypadków jest ustawienie osi nieprawidłowe. W ten sposób powstaje zez jawny (heterotropia). Różne operacye na mięśniach ocznych, zmierzające do usunięcia zezu, mają cel dwojaki: kosmetyczny t. j. poprawę szpecącego zboczenia osi widzenia i optyczny, t. j. przywrócenie widzenia obuocznego. Upośledzoną bystrość wzroku oka zezującego podnieść można bardzo wydatnie zapomocą ćwiczeń jednoocznych i stereoskopowych. Zdaniem autora należycie wykonana operacya, odpowiednio prowadzone następnie ćwiczenia, a wreszcie dokładne wyrównanie zapomocą szkieł zachodzącej wady refrakcyi, pozwala w 80% przypadków przywrócić prawidłowe widzenie dwuoczne. Osiągnięcie tego celu zabezpiecza równocześnie i utrwala kosmetyczny skutek operacyi. K. W. Majewski.

Lapsley. **Conjunctivitis Parinaudi.** (Ophthalmology 1911, Nr 1, T. VIII). Jeszcze w r. 1885 wyodrębnił Parinaud szczególną postać chorobową, występującą na spojówkach ocznych. Postać tę określa się też powszechnie mianem »conjunctivitis Parinaudi«. Początkowo mieszano ją częstokroć z jaglicą, a pomyłki popełniali najczęściej okuliści w tych krajach, w których jaglica występuje bardzo rzadko i jest prawie nieznana. Choroba Parinauda należy do cierpień rzadko spotykanych, mimo tego nagromadziła się już dotąd dość pokaźna liczba spostrzeżeń i na tej podstawie kreśli autor jej obraz kliniczny z rysów, dziś powszechnie już ustalonych. Oto główne znamiona tej choroby: Znaczne zgrubienie powiek, zależne od polipowatych ziarnistości spojówki; nacieczenie spojówki gałkowej aż po brzeg rogówkowy; rogówka pozostaje najczęściej wolną od zmian; wydzielina śluzowo-ropna; zajęcie gruczołów chłonnych, przedusznych, podszczękowych, a nawet karkowych po stronie oka chorego. Choroba, z małymi tylko wyjątkami, ogranicza się do jednego oka. Parinaud wyraził przypuszczenie, że cierpienie to jest pochodzenia zwierzęcego. Dotąd jednak sprawa etyologii nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Przebieg jest wybitnie przewlekły i rozciąga się conajmniej na cały szereg miesięcy, ale rokowanie jest na ogół dobre, bo zmiany ustępują bez pozostawienia trwałych następstw. Leczenie zalecają podobne, jak przy jaglicy: azotan srebra, siarkan miedzi, sublimat, a wreszcie usuwanie operacyjne polipowatych wyrośli.

K. W. Majewski.

Greef. **Dzisiejszy stan sprawy t. zw. ciałek jaglicych.** (Ophthalmology 1911, Nr 1, T. VIII). Jak wiadomo, twory spotykane w komórkach nabłonka spojówkowego w przypadkach jaglicy, a nazywane rozmaicie (chlamydozoa, ciałka jaglicze, wtręty), zostały prawie równocześnie i niezależnie opisane przez Halberstaedtera i Prowazka, a z drugiej strony przez Greeffa. Otóż Greeff zabiera obecnie głos w sprawie tych tworów, które dostarczają niewyczerpanego tematu do rozpraw i prac naukowych. Greeff otwarcie przyznaje, że na pytanie, czy t. zw. ciałka jaglicze mają dla powstawania jaglicy jakiekolwiek znaczenie, dziś jeszcze musiałby dać odpowiedź, że tego nie wiemy. Dotychczasowe doświadczenia na zwierzętach nie mają dla Greeffa znaczenia przekonującego. U małp zdołano wprawdzie wywołać powstanie ziarnistości, podobnych z wejrzenia do ziarn jaglicznych, ale ziarnistości te nie prowadziły nigdy do wytworzenia się blizn. Nigdy też nie udało się wywołać na rogówce powstania znamiennej łuszczki jaglicznej. Prócz tego wiadomo, że wtręty znaleziono w bardzo wielu sprawach chorobowych, nic zresztą wspólnego z jaglicą nie mających. Tak np. Blacha znalazł je w przypadkach zakaźnych nieżytów pochwy u dziewcząt, Flemming w przypadkach błoniczego zapalenia spojówki, w których równocześnie wykazano obecność prątków Loefflera, Lippschütz w przypadkach mięczaka zaraźliwego (molluscum

contagiosum), Hoefer w płonicy, wreszcie wielu autorów stwierdziło obecność wtrętów w komórkach nabłonkowych spojówki w przypadkach śluzoropotoku noworodków, oraz w wydzielinie pochwy u matek; Wolfrum i Lindner piszą nawet o jaglicy części płciowych. Greeff sam znalazł typowe ciałka jaglicze obok gonokoków w przypadku wiewiórowego zapalenia spojówki u dorosłego człowieka. Zdaniem jego nie ulega jednak wątpliwości, że twory te nie zostały dotąd pod względem morfologicznym dość ściśle i dość stanowczo wyodrębnione, ażeby można napewne uważać za identyczne wszystkie te formy, które różni autorowie określają bądź jako chlamydozoa, bądź jako ciałka jaglicze. Pożądane jest wydoskonalenie sposobów barwienia.

K. W. Majewski.

Axenfeld. **Szczególne postacie zaniku tęczówki.** (Ophthalmology. 1911, Nr 1, T. VIII). Autor opisuje przypadki pewnych ograniczonych zwyrodnień tęczówki, i tak, wspominane już przez niektórych autorów (Fuchs, Meller, Seefelder) zwyrodnienie szkliste w przybrzeżnych częściach tęczówki, stanowiących obwód źrenicy, następnie w innych przypadkach zanik, ograniczony do głębokich tylnych warstw tęczówki i tylko do jej obwodowych, przyrzęskowych części. Wreszcie zanik warstwy barwikowej tęczówki, spotykany zwłaszcza w przypadkach zaćmy starczej, nieraz tak wybitny, że tęczówka wyraźnie prześwieca, zarówno przy wziernikowaniu, jak przy diafanoskopii. Wspólnym objawem, który towarzyszy wszystkim tym trzem postaciom zaniku tęczówki, jest słabe rozszerzanie się źrenicy pod wpływem atropiny. Najwybitniej występuje ten objaw w pierwszej kategoryi przypadków, gdzie pierścień przybrzeżny tęczówki, okalający brzeg źreniczny, wskutek zwyrodnienia szklistego staje się twardym i mało podatnym. Drugi typ zaniku, zajmujący obwodowe części tęczówki, wywołuje upośledzenie sprawności rozwieracza źrenicy (dilatator pupillae). W przypadkach zaniku ograniczonego do warstwy barwikowej tęczówki (t. zw. pars iridica retinae) istnieje niewątpliwie zaburzenie odżywienia, stanowiące równocześnie przyczynę zaćmiewania się soczewki. W tych razach również stwierdzić się daje dość leniwe rozszerzanie się źrenicy, która nawet po kilkakrotnem zapuszczeniu atropiny pozostaje zaledwie średnio rozwartą.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

dnia 14. XI. i 23. XI. 1911 r.

1) Landau przedstawia chorego T. J., wyrobnika, lat 36. Chory dziedzicznie nie obarczony, w dzieciństwie nie chorował. Przed trzema laty zapalenie płuc. Przed rozpoczęciem się obecnej choroby nadużywał alkoholu. Od 10 lat żonaty. Żona roniła dwa razy (trzecie i szóste dziecko). Z czworga dzieci miało jedno w 5. miesiącu życia konwulsye przez kilka dni, a jedno zaczęło dopiero w 4. roku życia mówić i chodzić, ma dużą główkę. Przed 10 laty upadł chory bez żadnej przyczyny zewnętrznej podczas pracy w kopalni tak gwałtownie, że uderzył głową o węgiel i doznał załamania czaszki w okolicy skroni i ciemienia po stronie prawej. Po tym wypadku miewał chory częste bóle głowy i napady, polegające na trzęsieniu rąk i nóg, przyczem zawsze naprzód trzęsła się ręka i noga prawa, a potem dopiero druga połowa ciała. Nigdy podczas napadu nie tracił przytomności, języka nie przygryzał, piany nie toczył, nie zanieczyszczał się. Przed napadem czuł zbliżanie się jego, robiło mu się słabo pod piersiami, po napadzie czasem zasypiał, czasami znowu miewał bardzo silne bóle głowy. Przed 5 laty udał się do Lwowa, gdzie na klinice chirurgicznej operowano czaszkę w miejscu załamania. Obmacywaniem stwierdzono wówczas w tem miejscu wgłębienie kości kształtu owalnego o dnie nieregularnem, przy ucisku bolesne. Trepanacya w miejscu blizny wykazała na wewnętrznej powierzchni płata kostnego nieznaczne zgrubienie, opona twarda była bez zmian. Tętnienie mózgu wyraźne. Gojenie się rany było powikłane przez różę, która wystąpiła w 3. dniu po operacyi. Bóle głowy występowały rzadziej i były słabsze, niż przed operacyą. Przy opuszczaniu kliniki chory nie skarżył się na bóle głowy (wiadomości z klin. chirurg. we Lwowie).

Ponieważ od marca b. r. czuje się znowu bardziej chorym z powodu codziennych bólów głowy i powyżej opisanych napadów, które pojawiają się średnio raz na miesiąc, przeto zgłosił się do ambulatoryum naszej kliniki, gdzie badanie przedmiotowe oprócz blizn kostnych po załamaniu i trepanacyi, stwierdziło jedynie tylko obustronne zapalenie nerwów wzrokowych, silniejsze jednak po stronie prawej. Chorego umieszczono tedy na klinice chirurgicznej, gdzie obserwacya kilkotygodniowa wykazała oprócz trzech typowych napadów padaczkowych z utratą przytomności, rozpoczynających się od ręki lewej, stałe pogarszanie się choroby. Do zapalenia bowiem nerwów wzrokowych dołączył się i ich obrzęk, a w ostatnich kilku dniach nie opuszczają chorego ani na chwilę gwałtowne bóle głowy, zawroty i wymioty po każdem jedzeniu. Chory apatyczny, senny, objawów ogniskowych niema, ciepłota prawidłowa, tętno waha się między 72 a 102. L. sądzi, że wobec tak wyraźnych objawów wzmagającego się stale ciśnienia wewnątrzczaszkowego przypuścić należy istnienie **nowotworu,** dla którego niema jednak na razie żadnych objawów siedziby. Za okolicą ruchową prawą mogłyby przemawiać: miejsce urazowe i rozpoczynanie się napadów, spostrzeganych na klinice chirurgicznej, od ręki lewej. Toteż L. proponuje dekompresyę w okolicy ośrodków ruchowych prawych, a to tembardziej, że miejsce to odpowiada miejscu załamania czaszki.

Dyskusya: Kol. Blassberg przypuszcza, że nie można wyłączyć i drugiej jeszcze możliwości, t. j. obecności ropnia w mózgu. Jakkolwiek brak gorączki przemawiałby przeciw ropniowi, to jednak za ropniem przemawiają różne dane etyologiczne, a przedewszystkiem to, że po operacyi na klinice chirurgicznej we Lwowie pojawiła się w okolicy rany róża, tak że rana goiła się przez ziarnkowanie (per secundam intentionem). Taki przewlekły ropień mógłby w ostatnich tygodniach zaostrzyć się i dać objawy uciskowe. — Piltz skłania się raczej na podstawie przebiegu i braku gorączki do przyjęcia nowotworu, jakkolwiek dane etyologiczne mogłyby przemawiać i za ropniem. P. nie wyłącza również i zmian w zakresie lewej półkuli mózgowej jako »contre coup« wobec tego, że wedle podania chorego napady bardzo często rozpoczynać się miały od ręki prawej. Sądzi jednak, że wobec braku objawów ogniskowych i wobec zagrażającej choremu ślepoty, należy obecnie wykonać trepanacyę dekompresyjną, i to w okolicy załamania czaszki.

[W kilka dni po dokonanej dekompresyi zmarł chory, a sekcya (Prof. Ciechanowski) wykazała: Nad całą górną powierzchnią prawej półkuli mózgowej opony miękkie silnie nastrzykane i przekrwione, pod niemi zaś, zwłaszcza ponad zakrętami pośrodkowymi i nieco ku przodowi znajduje się pokład nader miękkiej tkanki szarawo-różowej, w przednim odcinku zaś krwawo-czerwono zabarwionej. Po nacięciu tych miejsc pokład ten okazuje się dość ostro odgraniczony od kory mózgowej. Podobne pokłady nader miękkiej tkanki widać jeszcze w kilku innych miejscach, na podstawie mózgu, szczególnie w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, na dolnej powierzchni móżdżku i płatów skroniowych, zwłaszcza lewego. W obrębie zakrętów pośrodkowych, poczęści i czołowych po stronie prawej, zwłaszcza w pobliżu środkowej krawędzi półkuli, jest substancya mózgowa w obrębie kory i części podkorowych wy-

bitnie twardsza. W obrębie części stwardniałych rysunek zatarty, mianowicie kora mózgowa znacznie bledsza, jakby zwężona, a granica jej względem substancyi białej zatarta. W obrębie zaś substancyi białej części stwardniałe od niestwardniałych wcale się barwą nie różnią. Lewa półkula mózgu zmian nie przedstawia. Badanie drobnowidowe wykazało: Gliosarcoma. (Według protokołu sekcyjnego zakładu anatomii patologicznej)].

2) Landau przedstawia przypadek **sclerosis lateralis amyotrophica** u 45-letniego robotnika leśnego I. J., u którego choroba ta przebiega bardzo gwałtownie, bo w przeciągu niespełna 4 miesięcy doprowadziła do zupełnego już prawie porażenia wszystkich czterech kończyn z bardzo wybitnymi zanikami degeneracyjnymi nietylko w zakresie kończyn górnych, lecz nawet i w zakresie kończyn dolnych (grupy strzałkowe i krótkie mięśnie nóg, a stąd obustronne pazurowate ustawienie palców). Już w kilka tygodni po rozpoczęciu się choroby pojawiły się pierwsze objawy opuszkowe, które obecnie rozwinięte w całej pełni, uprawniają do najgorszego rokowania.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie z dnia 28. IX. (11/X) 1911 r.

Obecnych 27 członków. — Przewodniczy kol. S. Trzebiński.

1) S. Trzebiński. **O teoryi Freuda i psychoanalitycznej metodzie leczenia histeryi.**

Punktem wyjścia nauki Freuda o histeryi była powstała około 1880 r. katartyczna metoda Breuera, polegająca na przypuszczeniu, że u osobników, skłonnych do stanów hipnoidalnych (marzenia na jawie), wzruszenia, doznawane podczas takich stanów, nie przechodzą w motoryczne odruchy, któreby mogły uczynić je nieszkodliwemi dla dalszego psychicznego życia, lecz podlegają poniekąd uwięznięciu w psychice, mogąc w ten sposób przeobrazić się w chorobowe, histeryczne, somatyczne objawy. Objawy te z kolei dają się usunąć, jeśli się lekarzowi powiedzie otrzymać od chorego, znajdującego się w stanie hipnozy, informacye co do okoliczności, które owo pierwotne chorobotwórcze wzruszenie wywołały i skłonić go do uświadomienia związku pomiędzy niemi, a objawem chorobowym.

Freud z nauki Breuera wyeliminował przedewszystkiem konieczność stanów hipnoidalnych w etyologii i hipnozy przy leczeniu. Następnie doszedł on do przekonania, że źródła takiego chorobotwórczego wzruszenia w etyologii histeryi należy zawsze szukać w jakiemś przeżyciu natury płciowej, którego wspomnienie zostało wyparte w podświadome warstwy duchowe dlatego, że z tego czy innego powodu było dla chorego niemiłe. Ulega ono następnie albo konwersyi w cielesny histeryczny objaw, albo substytucyi przez idee przymusowe czyli »obsesye«. Oprócz tych dwóch ewentualności może zajść jeszcze trzecia, a mianowicie doszczętne wyrzucenie wspomnienia wraz ze wzruszeniowym zapasem. Wówczas chory zachowuje się tak, jak gdyby owego chorobotwórczego wzruszenia wcale nie było w jego historyi, a taki stan duchowy należy już do kategoryi psychoz.

Zapatrywania Freuda na etyologię histeryi przechodziły jednak dalszą ewolucyę. Około 1896 r. np. uczy on, że wzruszenie, aby zostać chorobotwórczem w sensie wywołania histerycznego objawu, musi koniecznie posiadać pewne cechy, a mianowicie zajść we wczesnem dzieciństwie (między 2-im a 6-ym rokiem życia), być wywołane praktykami, analogicznemi z aktem płciowym (zamachy płciowe ze strony starszych osób, albo płciowe czynności, wykonywane z innemi dziećmi). Okres ten jednakże nie trwał długo, i wkrótce potem Freud, nie zaprzeczając chorobotwórczego znaczenia wyżej wymienionych momentów, przenosi punkt ciężkości w etyologii histeryi na t. zw. »regresye«. Płciowość mianowicie, zdaniem Freuda, idącego tu za poglądami Havelock Ellisa, zaczyna się rozwijać u dziecka nader wcześnie, właściwie zaraz po urodzeniu, tylko wówczas nosi ona charakter autoerotyzmu, wyrażającego się zdolnością odczuwania sensacyi, analogicznych z płciową rozkoszą, całą powierzchnią ciała i sąsiadujących z nią błon śluzowych, oraz doznawania ich podczas pewnych ruchów biernych (huśtanie, kołysanie i t. p.). Ewolucya płciowa zaznacza się najprzód ściślejszem umiejscowieniem sensacyi płciowych, przytwierdzających się u prawidłowo rozwijających się osobników do narządów rozrodczych, oraz zastąpieniem autoerotyzmu przez heteroerotyzm, zrazu bez różnicy płci przy wyborze przedmiotu, na który przenoszą się seksualnie zabarwione uczucia dziecka. Następnie dopiero przychodzi określenie płci owego przedmiotu; prawidłowo w sensie heteroseksualnym, niekiedy w homoseksualnym, przyczem uczucia chłopców (o ile chodzi o prawidłowy heteroseksualny rozwój) zwracają się zazwyczaj ku najbliższym kobietom, matkom, siostrom, — dziewcząt zaś ku ojcom i braciom. Dopiero na samym końcu następuje pod wpływem działania zdobytych przy wychowaniu etycznych wyobrażeń oderwanie płciowości od rodzinnych uczuć. Otóż regresye, to właśnie reminiscencye owych pośrednich etapów rozwojowych płciowości. Takie wspomnienie stoi w sprzeczności z etycznemi wyobrażeniami osobnika, wskutek czego zostaje zepchnięte w podświadome warstwy duchowości, a wzruszenie, z niem związane, działać może chorobotwórczo, wywołując histeryę albo przymusowe wyobrażenie. W niektórych przypadkach natomiast podobne wspomnienia ulegają t. zw. »sublimacyi« czyli »uwznioślenia«, stają się pobudką do pożytecznej, kulturalnej, zwłaszcza artystycznej działalności.

Oprócz histeryi i przymusowych wyobrażeń, obejmuje nauka Freuda jeszcze niektóre inne nerwice i psychoneurozy. Tak więc neurastenia, zdaniem jego, bywa zawsze następstwem samogwałtu lub długo trwających zmaz (pollucyi), podczas gdy za główny czynnik etyologiczny różnych postaci nerwicy lękowej (Angstneurose) należy uważać często powtarzające się pobudzenia płciowe bez prawidłowego zaspokojenia, a zatem »coitus interruptus«, dalej dla kobiet stosunki z płciowo osłabionymi mężczyznami, oraz wstrzemięźliwość u osób z bardzo silnie rozwiniętym płciowym popędem. Z grupy nerwic lękowych wyłączyć trzeba jednakże t. zw. »Virginalangst« (nerwicę lękową dziewic). Przyczynę tej formy chorobowej bowiem stanowi nie bezpośrednie działanie fizycznej płciowej szkodliwości, lecz czynniki psychicznej natury, a mianowicie zetknięcie się po raz pierwszy z problematem płciowym, i to zetknięcie, zaszłe w sposób bezwzględny i brutalny, rodzący w duszy danego osobnika (zwykle chodzi tu o młode dziewczęta) uczucie oburzenia lub wstrętu. Z tego powodu ta postać chorobowa należy raczej do nerwic poprzednio omawianej grupy, a więc tej, w której mieszczą się histerya i przymusowe wyobrażenia, mogąc też tak, jak one, podlegać leczeniu psychoanalitycznemu, nie dającemu żadnych wyników przy innych formach nerwicy lękowej oraz neurastenii.

Przy stosowaniu psychoanalizy uwzględnić musimy różne zastrzeżenia, znacznie zwężające jej teren. Tak więc przeciwwskazanie stanowią: zbyt późny lub zbyt młodociany wiek chorego; dalej brak inteligencyi u chorego, nareszcie ostre okresy histeryi, podczas których szybko się wytwarzają coraz to nowe objawy chorobowe. Poza tem wszystkiem trzeba jeszcze pamiętać, że ten sposób leczenia wymaga wielkiej cierpliwości ze strony lekarza i chorego, gdyż czas jego trwania mierzy się zwykle nie na tygodnie, lecz na miesiące i lata. Przyczyną owej długotrwałości psychoanalitycznego leczenia jest ta okoliczność, że każdy objaw histeryczny bywa zwykle »überdeterminiert« (wielokrotnie określony), to jest, że kojarzy się z nim prócz pierwotnego chorobotwórczego wzruszeniowego wspomnienia cały szereg późniejszych wspomnień. Chory najprędzej przypomina sobie przeżycia najpóźniejsze. Im dalej sięgamy w przeszłość, tem trudniej, gdyż z jednej strony coraz ła-

twiej zawodzi pamięć, a z drugiej, w miarę zbliżania się do pierwotnego chorobotwórczego przeżycia, mającego zawsze prawie charakter w wysokim stopniu dyskretny (intim), rośnie też coraz więcej wewnętrzny opór chorego. Freud podaje sposoby, mające służyć do przezwyciężenia owego oporu, oraz mające ułatwić lekarzowi oryentowanie się w tem, czy wyznana już przez chorego okoliczność może być uważana za pierwotny chorobotwórczy czynnik. Jednym z takich sposobów, i bardzo pomocnym, jest badanie snów chorego. Sprawie tej poświęcił Freud osobne dzieło »Die Traumdeutung«. Zdaniem jego, treść sennych marzeń powstaje w sposób podobny do tego, w jaki wytwarzają się objawy histeryczne, a przedmiotem snów istotnym bywają stale wspomnienia, uczucia, przedewszystkiem zaś pragnienia, wypierane na jawie ze świadomości przez naszą duchową cenzurę. To też treścią każdego snu jest właściwie zawsze prawie spełnienie jakiegoś często ukrytego i niedostatecznie uświadomionego życzenia śniącej osoby — »Wunscherfüllung«. Moment ten występuje w snach niekiedy mniej więcej jawnie, bez przykrywki, znacznie częściej jednak w pewnem symbolicznem przebraniu, odbierającem mu drażliwy charakter i nadającem mu pozory obojętne. Do poznania owej symboliki dochodzi się drogą zapoznania się z duchowem życiem śniącego. Zmienia się ona względnie do środowiska, wśród którego śniący żyje i z którego czerpie na jawie tak często w myśli i rozmowie stosowne symbole. Z tem wszystkiem istnieje też pewna stała symbolika, na której Freud tłómaczenie snów opiera. Rozwijali ją nader gorliwie w dalszym ciągu zwolennicy i uczniowie tego badacza, a nie sposób nie stwierdzić, że wywody ich często sprawiają humorystyczne wrażenie, przypominając »sennik egipski«. Z drugiej strony nie brak w książce Freuda przykładów tłomaczenia snów, przeprowadzonego w zupełnie prawdopodobny, przemawiający do przekonania sposób.

Zasługą Freuda jest bezwątpienia zwrócenie uwagi na znaczenie etyologiczne czynników płciowych przy powstawaniu i rozwijaniu się niektórych nerwic, moment ten bowiem dotychczas często bywał zaniedbywany ze szkodą dla chorych, najprzód z powodu zupełnie niewłaściwej pruderyi, następnie zaś z powodu wielkich trudności, towarzyszących wydobyciu od chorych odnośnych informacyi. Trudno oczekiwać, aby nauka i metoda Freuda kiedykolwiek przyjęła się w medycynie z całem dobrodziejstwem inwentarza, pierwsza bowiem zdaje się grzeszyć wyłącznością, sprowadzającą wszystko do płciowych czynników, druga wymaga niesłychanie wiele czasu i zachodu, stając się przystępną w nader małej tylko ilości przypadków. Natomiast za nader pożyteczną rzecz należy uważać dla każdego lekarza zaznajomienie się z jego nauką, pamiętanie o niej i korzystanie z jej wskazówek tam, gdzie nie daje wyników zwykłe, przez dzisiejszą rutynę podyktowane leczenie nerwic. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Weller: Ujemną stronę teoryi Freuda stanowi jej jednostronność, przesadne nadawanie znaczenia w powstawaniu nerwic urazowi płciowemu okresu dzieciństwa i usuwanie tła neuropatycznego na plan drugi. Seksualizm w etyologii nerwic wiedzie do sztucznego i bezpodstawnego schematyzmu w ich podziale, jak np.: uzależnienie neurastenii od samogwałtu. To przecenianie znaczenia czynników płciowych, hypotetyczność płciowości u dzieci, dowolność w objaśnianiu objawów histerycznych przez symbole oraz interpretacyi snów i myśli chorego, możliwie w sensie z góry powziętym, wywołały słuszne zarzuty ze strony przeciwników Freuda (Oppenheim, Ziehen, Hoche). Pod względem technicznym metoda psychoanalityczna przedstawia pewne trudności, wymaga bowiem specyalnego i dłuższego przygotowania, większego doświadczenia życiowego i wielkich zasobów cierpliwości ze strony lekarza i chorego; trwanie zaś leczenia często przez czas bardzo długi czyni tę metodę mniej dostępną dla szerszego ogółu chorych. Ostatecznie należy jeszcze powiedzieć, że metoda psychoanalityczna w rękach niedoświadczonych może choremu więcej przynieść szkody, niż korzyści (zły wpływ szczególnie na młode osoby przez skierowanie myśli w dziedzinę płciową — przypadek Felemana opisany w r. 1910. Żurnał nerwopatołogii i psychiatrii imieni Korsakowa). (Streszczenie własne).

Rejze zaznacza, że czasem u mężczyzn znajdujemy zmiany anatomiczne (obrzęk i przekrwienie wzgórka nasiennego), znajdujące się widocznie w związku przyczynowym z rozwojem histero neurastenii, bo usunięcie tych zmian nieraz wpływa dodatnio na objawy nerwowe.

Trzebiński zgadza się, że teorya Freuda jest jednostronną, jest przytem opartą na hypotezie, która, jak wiele hipotez, nie daje się dowieść. Niezaprzeczoną zasługą Freuda jest to, że zwrócił on uwagę na szkodliwe wpływy płciowe, które do tego czasu były zupełnie zaniedbane pomimo tego, że stwarzają one, jeżeli nie zawsze, jak to twierdzi Freud, to przecież niejednokrotnie podatne podłoże dla rozwoju nerwic. Sekretarz: Fudakowski.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

III. Posiedzenie z dnia 12/25 marca 1911 r.

Obecnych 24 członków i 8 gości.

1) Prezes Dr Wojnicz powiadamia zebranie o zgonie Dra Lucyana Adamowicza, sekretarza Tow. lek. wileńskiego. Kol. Wojnicz w krótkich a serdecznych słowach podaje życiorys zmarłego; pamięć Dra Adamowicza uczczono przez powstanie.

2) Odbyły się wybory do Zarządu Towarzystwa — na sekretarza obrano Dra Safarewicza, na skarbnika — Dra Blocha.

3) Kol. Załkindson opowiada o przypadku **wodowstrętu**, w którym zastosowano **salwarsan**: do szpitala »Sawicz« w Wilnie przywieziono chorego, który już od 3 dni miał wyraźne objawy wodowstrętu; w wywiadach — pokąsanie przed paru miesiącami przez psa niewątpliwie wściekłego. Po naradzie wstrzyknięto do żył 0,6 salwarsanu; nazajutrz wieczorem chory z łatwością przełykał mleko i wodę. W $3^1/_2$ dni po wstrzyknięciu salwarsanu chory jednak zmarł. Uderzającym jest w danym przypadku fakt, że chory żył z wyraźnymi objawami wodowstrętu 6 dni.

W dyskusyi koledzy Barchasz i Kraińskij wyrażają zdumienie wobec tego faktu; w szpitalu w Charkowie nie pamiętają oni przypadku wodowstrętu, w którymby chory przeżył dłużej ponad 4 dni. — Kol. Załkindson podkreśla, że jest to bodaj pierwszy przypadek wodowstrętu, w którym zastosowano salwarsan; złagodnienie objawów, jakie dało się zauważyć po wstrzyknięciu 606, oraz śmierć dopiero ku końcowi dnia 6-go od pierwszych objawów zachęca do dalszych prób stosowania w wodowstręcie salwarsanu, tembardziej, że dotychczas niema środka, któryby mógł uchronić od śmierci w tej chorobie.

4) Kol. Wirszubski mówi **o symptomatologii drgawek stopy**; na podstawie krzywej, zapisanej w jednym przypadku przyrządem graficznym, oraz na podstawie wywiadów prelegent stwierdza czynnościowe pochodzenie drgawek stopy, podkreślając ważne znaczenie zapisywania drgawek dla rozróżniczkowania ich pochodzenia.

W dyskusyi kol. Krainskij dowodzi, że zapisywanie drgawek nawet kimografem Sommera nie daje wskazówek, czy drgawki są pochodzenia czynnościowego, czy też organicznego, ponieważ aparat Sommera zapisuje nie same drgania, lecz tylko ich projekcye, i dopiero otrzymać je można przez pomnożenie długości drgań dostawą (cosinus) kąta w stosunku do rzędnych (koordynat) osi; dla odczytania krzywej powinniśmy wiedzieć kąt pochylenia drgań ku płaszczyznie krzywej podczas zapisywania; kąt zaś ten wiadomym być nie może. — Kol. Sycianko przypuszcza, że w podobnym przypadku drgawek czynnościo-

wego pochodzenia psychoterapia według Freuda byłaby skuteczną. — Kol. Krainskij jest zdania, że psychoterapia według Freuda jest to w gruncie rzeczy od dawien dawna znane oddziaływanie lekarza i jego zabiegów na psychikę chorego; zdaniem mowcy jest to blaga, a jako taka nie powinna być stosowana przez lekarza.

5) Kol. Wolfson przedstawia chorych **z nawrotami kiły po stosowaniu »606«.**

W dyskusyi kol. Maciański stwierdza, że kliniki w Paryżu, Frakfurcie i innych miastach zagranicznych miały po leczeniu salwarsanem około 30% nawrotów przymiotu; mowca naocznie miał sposobność podczas bytności swej zagranicą przekonać się o tem; Herxheimer i Bauer wskazują, że gruczoły chłonne bardzo często prawie wcale nie zmniejszają się, a próba Wassermanna wypada prawie zawsze dodatnio. Akademia lekarska w Paryżu uznała salwarsan za środek niepewny i radzi stosować równolegle leczenie rtęcią; nie należy zapominać też o ujemnych stronach salwarsanu, zwłaszcza o możliwości wywołania krwotoków i głuchoty. — Dr Żuk stwierdza zadziwiającą sprzeczność poglądów na działanie salwarsanu pomiędzy Francuzami i Niemcami. — Kol. Globus wyraża swe zdumienie wobec tak nieprzychylnej opinii o salwarsanie. — Kol. Krainskij stwierdza, że w przypadkach bezwładu postępowego działanie 606 = 0; u tabetyków po salwarsanie stan ogólny nie ulega zmianie ku lepszemu; mówca przytacza przykłady; u starca tabetyka po salwarsanie wkrótce zjawiło się owrzodzenie na języku, u pewnej tabetyczki w 10 dni po salwarsanie — owrzodzenia na migdałkach.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 17. I. 1912 posiedzenie, na którem Prof. Rutkowski przedstawił przypadek tętniaka t. podobojczykowej, Prof. Nowotny przypadki wyleczone surowiczego zapalenia opon ropnia płatu skroniowego mózgu po zapaleniu ucha środkowego i wypadnięcia mózgu po operacyi usznej, poczem Dr Eisenberg miał wykład p. t. »Z biologii bakteryi«.

— Koledzy, posiadający karty »Albumu lekarzy polskich«, wydanego przez »Nowiny lekarskie«, a nie zamierzający ich zachować, przysłużą się sprawie Sekcyi polskiej w zakładającem się Międzynarodowem Muzeum w Brukseli, darem tego albumu. Dla skompletowania egzemplarza pożyteczne będą i pojedyncze karty. Przesyłki przyjmuje Redakcya »Przeglądu lekarskiego«.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galic. podaje do wiadomości, że zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr W. Opolskiego złożyli koledzy prymaryusze i naczelnicy poszczególnych oddziałów, na fundusz wdów i sierot (na ręce Prezesa Tow. lek. gal.) kwotę 145 koron, a mianowicie koledzy: Arnold, Lenartowicz, Machek, Müller, Orzechowski, Sabat, Schramm, Sołowij, Starzewski, Świątkiewicz, Wiczkowski, Ziembiccy Grzegorz i Witold po kor. 10, i koledzy: Czarnik, Hołobut i Raczyński po 5 kor.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galic. podaje do wiadomości, że zamiast wieńca na trumnę ś. p. kol. Dra Prof. Edmunda Biernackiego, złożyli członkowie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na fundusz wdów i sierot po lekarzach 179 koron, a mianowicie kol.: Bednarski, Gluziński, Jurasz, Machek, Rencki po 10 k., Franke, Hermann, Pogonowska, Ruff, Sołowij, Stenzel, Zablocki po 5, Reichenstein 4, L. Feuerstein, Lipski, Mikulski, Müller, Papée, Szumowski, Tomaszewski, 1 nieczytelny po 3 k., Andruszewski, Beck, Bocheński, Giełczyński, Greliński, Kaczyński, Lenartowicz, Mańkowski, Nowicki, Obtułowicz, Pańczyszyn, Pisek, Pohorecki, Progulski, Sabat, Saba-

towski, Schellenberg, Selzer, Stauber, Wallach, 3 podpisy nieczytelne po 2 k., Damm, Fels, Gąsiorowski, Markowski, Mikołajski, Skałkowski, Zbyszewski, 3 podpisy nieczytelne po 1 k.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galic. podaje do wiadomości, że obok wieńca na trumnę ś. p. Prof. Szulisławskiego, złożyli członkowie Tow. lek. lwow. na fundusz wdów i sierot kwotę 439 kor., a mianowicię: kol.: Machek i Rencki po 50 k., Bednarski, Biernacki, Głuziński An., Kikinger, Lachowicz, Wojtkowski po 20 k., Chomin, Feuerstein L., Janda, Jurasz, Kośmiński, Mars, Reiss, Sieradzki, Toczyski i Zion po 10 kor., Feuerstein J., Franke, Hojnacki, Kramarzyński, Kwiatkiewicz, Orzechowski, Pisek, Schellenberg, Schramm, Sołowij, Świątkiewicz, Trzciniecki, Zabłocki i 2 podpisy nieczytelne po 5 kor., Hołodyński 4 k., Leńko, Kucharski, Nowicki po 3 k., Andruszewski, Berlstein, Barącz, Czarnik, Hornung, Kaczorowski, Leszczyński, Markowski, Müller, Obtułowicz, Pohorecki, Progulski, Raczyński, Reichenstein, 1 nieczytelny po 2 k., Skałkowski 1 k.

— »Kuryer lwowski« donosi, że w dniu 21 grudnia 1911 odbyło się w ministerstwie spraw wewnętrznych posiedzenie kuratoryi funduszu na walkę z gruźlicą w celu rozdzielenia sumy 101.762 k., przypadającej na r. 1912, na poszczególne kraje. Z tego przyznano dla Galicyi tylko 6.000 k. dla Tow. walki z gruźlicą we Lwowie, nadto jednorazowy zasiłek dla tego towarzystwa w kwocie 3.000 k. i towarzystwu »Bratnia Pomoc« w Zakopanem jednorazowo 1.000 k., razem więc dla całego kraju 10.000 k., co stanowi zaledwie dziesiątą część ogólnej sumy, przeznaczonej do rozdzielenia.

Gdy kraj nasz — dodaje słusznie »Kuryer« — w daleko większym stopniu jest dotknięty klęską gruźlicy, niż inne kraje państwa, powinna Galicya otrzymywać największą część kwoty, będącej do dyspozycyi, a przynajmniej uczestniczyć w rozdziale zasiłków w tym stosunku, jaki odpowiada obszarowi i zaludnieniu kraju. Tymczasem Galicyę z początku zupełnie pominięto i trzeba było dopiero usilnych starań, aby coś i dla nas wydobyć z tych funduszów, na które przecie i w Galicyi podatkami się składamy.

— Dr Solecki, właściciel »Domu zdrowia« we Lwowie, prosi nas o zaznaczenie, że pragnąc ze swej strony przyczynić się do zebrania funduszów na budowę Domu Towarzystwa lekarskiego we Lwowie, przeznaczył na rzecz tych funduszów 10% z opłat od chorych, leczonych ambulatoryjnie w jego zakładzie.

Łódź. Towarzystwo lekarskie łódzkie wybrało na r. 1912 zarząd w składzie następującym: prezes A Krusche, wiceprezes S. Sterling, sekretarz I E. Sonenberg, sekretarz II A. Tomaszewski, skarbnik W. Trenkner, bibliotekarz I Z. Prechner, bibliotekarz II H. Goldberg. Do sądu koleżeńskiego wybrano Dra J. Pieniążka (ponownie) i jako zastępcę Dra S. Skalskiego.

Wilno. W wileńskiem Towarzystwie przyjaciół nauk utworzyła się Sekcya lekarska, licząca 35 członków, która dotąd odbyła 3 posiedzenia.

Z różnych stron. Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie w r. 1913 odbędzie się według wiadomości, nadesłanych nam przez stałą komisyę zjazdów w Hadze, w d. 6 do 12 sierpnia. Prace zjazdu odbywać się będą w 22 sekcyach. Przewodniczącym komitetu zjazdu jest Barlow, sekretarzem generalnym W. P. Herringham, który też (13 Hinde street, London W.) przyjmuje zgłoszenia udziału w Zjeździe.

— »Wiener klinische Wochenschrift«, organ wiedeńskiego »K. K. Gesellschaft der Ärzte«, rozpoczyna dwudziesty piąty rok wydawnictwa. Z tego powodu wyszedł pierwszy tegoroczny zeszyt tego pisma, jako zeszyt jubileuszowy, wypełniony 21 pracami najwybitniejszych profesorów wydziału lek. wiedeńskiego, jak: Chiari, Chvostek, Dimmer, Eiselsberg, Exner, Finger, Fränkel, Fröhlich, Frisch, Fuchs, Hohenegg, Joannovics, Kolisko, Ludwig, Paltauf, Pirquet, Riehl, Schauta, Wagner v. Jauregg, Weichselbaum, Wertheim. Zeszyt ozdobiony jest portretem i autografem założyciela pisma, słynnego klinicysty Bambergera.

— Egzaminy państwowe lekarskie złożyli w uniwersytecie moskiewskim Polacy: Dr med. uniwersytetu genewskiego p. Alma Drzewiecka, Dr med. uniwersytetu strasburskiego p. Ludwik Justman z Warszawy i Dr med. uniw. wiedeńskiego p. Paweł Martyszewski z Wilna. Wydział lekarski uniwersytetu moskiewskiego ukończyli następujący Polacy pp.: Jan Bauer, Adam Beczkowicz, Alfons Biasewicz, Antoni Cholewo, Józef Czechowicz (z odznaczeniem), Ignacy Czyż, Stanisław Deresz, Józef Doch, Antoni Gancewicz, Władysław Gelniewski, Leon Horbowski-Zaranek, Antoni Jurewicz, Wiktor Kaj, Zenon Kamiński, Stanisław Kotowicz, Bogumił Krippendorf, Edmund Libiszewski, Ludomir Lipiński, Edward Łutowicz, Edmund Margoński, Stefan Pauli, Franciszek Plejewski, Roman Radwiłowicz, Jan Rudis, Kazimierz Rząśnicki, Eugeniusz Rzepko-Łasski, Mieczysław Sawaszyński, Eugeniusz Ścibor, Leopold Toczyłowski, Piotr Trejbszo, Tomasz Wiśniewski, Zygmunt Wiśniewski, Stanisław Zieliński (z odznaczeniem).

Egzaminy państwowe na stopień lekarza zdali w Kazaniu następujący Polacy, doktorzy medycyny uniwersytetów zagranicznych: Bolesław Budzyński, Tad. Dzierzkowski (cum eximia laude), Bronisław Frenkel, Arkad. Fórtkiewicz (cum eximia laude), Leon Gałczyński, Czesł. Kaliński (cum eximia laude), Władysław Kuryluk, Jan Kołodziejski (cum eximia laude), Julian Łapiński, Hieronim Osuchowski, Józef Roszkowski, Stan. Rudzik, Bolesław Salak, Helena Sulżyńska, Gustaw Szulc (cum eximia laude).

— Koledzy i uczniowie ś. p. E. Biernackiego postanowili zebrać fundusz jego imienia na nagrody konkursowe za prace naukowe.

Mianowani: Psychiatra doc. Hübner profesorem w Bonn, ginekolog Prof. v. Franqué z Giessen profesorem w Bonn, ginekolog doc. Hofbauer profesorem w Królewcu.

Redakcya otrzymała: St. Bartoszewicz: Zarys patologii ogólnej. Zesz. I. Warszawa 1911 r., str. 56 (popularne).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. stycznia 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Kol. Szymanowski: Demonstracya zastosowania aglutynacyi do rozpoznawania promienicy. 2) Dyskusya nad wykładem kol. Eisenberga. 3) Kol. Blassberg: Wydzielanie wewnętrzne ze stanowiska klinicznego.

Doroczne zgromadzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lek. gal. odbędzie się **we czwartek d. 25. stycznia 1912 o godz. 6 wieczór w sali Magistratu w Jarosławiu** z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych kolega Dr Fechter. 2) Referat kolegów Dr Puzona i Dr Spatza: O gorączce połogowej, sposobach zapobiegania tej chorobie i obecnym stanie leczenia«. 3) Sprawozdanie roczne kol. Dr Orłowski. 4) Wybór biura sekcyi i delegatów na Walne zgromadzenie. 5) Wnioski członków w sprawach zawodowych.

O liczne zebranie się upraszamy Szan. Kolegów.

Sekretarz: Dr Orłowski. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.